

# Körperdysmorphie Störung und Bindung bei dermatologischen Patienten

DISSERTATION

zur Erlangung des akademischen Grades  
doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät  
der Friedrich-Schiller-Universität Jena

von Carolin Kleinschmidt  
geboren am 21.05.1982 in Karl-Marx-Stadt

Gutachter

1. ....

2. ....

3. ....

Tag der öffentlichen Verteidigung:

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung des Alters in der Gesamtstichprobe.....	47
Abbildung 2: Dermatologische Diagnosen der Gesamtstichprobe.....	48
Abbildung 3: Häufigkeiten körperdysmorpher Symptome in den verschiedenen dermatologischen Versorgungszentren.....	54
Abbildung 4: Darstellung der Altersverteilung bei Patienten mit klinischer und subklinischer KDS.....	56
Abbildung 5: Relative Häufigkeiten der Bindungsmuster in den drei Untersuchungsgruppen.....	60
Abbildung 6: Mittelwerte der vier Skalen des FBeK.....	69

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gemeinsamkeiten und Unterschiede der KDS und deren Differentialdiagnosen.....	10
Tabelle 2: Theoretische Konzepte zur Körpererfahrung .....	22
Tabelle 3: Werte der drei Skalen des BFPE bei den verschiedenen Bindungsmustern.....	39
Tabelle 4: Dermatologische Diagnosen der Gesamtstichprobe, unterteilt nach psychischen Faktoren.....	49
Tabelle 5: Mittelwerte und Standardabweichung aller Fragebögen in der Gesamtstichprobe.....	50
Tabelle 6: Verteilung der Bindungsrepräsentationen in den dermatologischen Versorgungszentren.....	51
Tabelle 7: Absolute und relative Häufigkeiten körperdysmorpher Symptome in den verschiedenen dermatologischen Versorgungszentren.....	53
Tabelle 8: Familienstand und Schulabschluss in den drei Untersuchungsgruppen.....	54-55
Tabelle 9: Mittelwerte und Standardabweichung der Altersverteilung der drei Untersuchungsgruppen.....	56
Tabelle 10: Relative Häufigkeiten der Bindungsrepräsentationen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung.....	57
Tabelle 11: Absolute und relative Häufigkeiten der Bindungsrepräsentationen (anhand des BFPE) in den verschiedenen dermatologischen Versorgungszentren.....	58
Tabelle 12: Absolute und relative Häufigkeiten der Bindungsrepräsentationen in den drei Untersuchungsgruppen (n=409) anhand des BFPE.....	59
Tabelle 13: Mittelwerte, Standardabweichungen und die Ergebnisse der Signifikanzprüfung der Skala „soziale Anpassung“ in den drei Untersuchungsgruppen der KDS.....	61
Tabelle 14: Mann-Whitney-U-Test der Skala „soziale Anpassung“ in den drei Untersuchungsgruppen der KDS.....	62
Tabelle 15: Mittelwerte, Standardabweichungen und die Ergebnisse der Signifikanzprüfung der Skala „soziale Anpassung“ in den fünf Untersuchungsgruppen der Bindung.....	62
Tabelle 16: Mann-Whitney-U-Test der Skala „soziale Anpassung“ in den fünf Untersuchungsgruppen der Bindung.....	63

Tabelle 17: Mittelwerte, Standardabweichungen und die Ergebnisse der Signifikanzprüfung der vier Skalen des FBeK in den drei Untersuchungsgruppen der KDS.....	64
Tabelle 18: Mann-Whitney-U-Test der vier Skalen des FBeK in den drei Untersuchungsgruppen der KDS.....	65
Tabelle 19: Korrelation zwischen DCQ und FBeK.....	66
Tabelle 20: Mittelwerte, Standardabweichungen und die Ergebnisse der Signifikanzprüfung der vier Skalen des FBeK in den fünf Untersuchungsgruppen der Bindung.....	66
Tabelle 21: Mann-Whitney-U-Test der vier Skalen des FBeK in den fünf Gruppen der Bindung.....	67
Tabelle 22: Mittelwerte, Standardabweichungen und die Ergebnisse der Signifikanzprüfung der VSS in den drei Untersuchungsgruppen der KDS....	70
Tabelle 23: Mann-Whitney-U-Test der vier Skalen der VSS in den drei Untersuchungsgruppen der KDS.....	71
Tabelle 24: Korrelation zwischen DCQ und VSS.....	72
Tabelle 25: Absolute und relative Häufigkeiten der 5 Antwortmöglichkeiten der Fragen 21 & 24 der VSS.....	72-73

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>THEORETISCHE GRUNDLAGEN.....</b>	<b>5</b>
<b>3.1</b>	<b>Die Körperdysmorphie Störung.....</b>	<b>5</b>
3.1.1	Historischer Hintergrund.....	5
3.1.2	Klassifikation.....	6
3.1.3	Symptomatik.....	6
3.1.4	Differentialdiagnosen und Komorbiditäten.....	9
3.1.5	Epidemiologie.....	11
3.1.6	Ätiologie.....	12
3.1.7	Behandlungsmöglichkeiten.....	13
<b>3.2</b>	<b>Bindung.....</b>	<b>15</b>
3.2.1	Die Bindungstheorie.....	15
3.2.2	Internale Arbeitsmodelle.....	16
3.2.3	Bindung im Kindesalter.....	17
3.2.4	Bindung im Erwachsenenalter.....	19
3.2.5	Stabilität von Bindungen.....	20
3.2.6	Klinische Relevanz der Bindungstheorie.....	21
3.2.7	Zusammenhang zwischen der Haut und dem Bindungssystem.....	21
<b>3.3</b>	<b>Körpererfahrung.....</b>	<b>22</b>
3.3.1	Historische Betrachtung von Körperschema und Körperbild.....	22
3.3.2	Körperbild und KDS.....	24
3.3.3	Haut und Körpererleben.....	24
3.3.4	Bindung und Körperbild.....	26
<b>3.4</b>	<b>Motivation zu psychotherapeutischer Beratung bei dermatologischen Patienten.....</b>	<b>27</b>
3.4.1	Das Transtheoretische Modell (TTM).....	28
3.4.2	Das Konzept der „Stages of Change“ (SoC).....	28
<b>3.5</b>	<b>Fragestellung und Hypothesen der Arbeit.....</b>	<b>30</b>

<b>4</b>	<b>METHODE</b> .....	37
<b>4.1</b>	<b>Erhebungsinstrumente</b> .....	37
4.1.1	Dysmorphic Concern Qustionnaire (DCQ).....	37
4.1.2	Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE).....	38
4.1.3	Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS).....	40
4.1.4	Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK).....	41
4.1.5	Veränderungsstadien-Skala (VSS).....	42
<b>4.2</b>	<b>Testdurchführung</b> .....	43
<b>4.3</b>	<b>Operationalisierung der</b>	
	<b>Variablen</b> .....	44
4.3.1	Unabhängige Vaiahlen.....	44
4.3.2	Abhängige Variablen.....	
<b>4.4</b>	<b>Statistik</b> .....	45
<b>5</b>	<b>ERGEBNISSE</b> .....	47
<b>5.1</b>	<b>Deskriptive Statistik</b> .....	47
5.1.1	Beschreibung der Gesamtstichprobe.....	47
5.1.2	Darstellung der Mittelwerte für die jeweiligen Erhebungsinstrumente	50
<b>5.2</b>	<b>Überprüfung der Hypothesen</b> .....	52
5.2.1	Häufigkeit körperdysmorpher Symptome.....	52
5.2.2	Bindung.....	57
5.2.3	Soziale Anpassung.....	61
5.2.4	Körpererleben.....	64
5.2.5	Motivation zu psychotherapeutischer Beratung.....	70
<b>6</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	74
<b>7</b>	<b>SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK</b> .....	86
<b>8</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	88
<b>9</b>	<b>ANHANG</b> .....	107
	Lebenslauf.....	132
	Danksagung.....	133
	Ehrenwörtliche Erklärung.....	134

# 1 Zusammenfassung

**Ziel:** Schwerpunkt der Arbeit war die Untersuchung körperdysmorpher Symptome bei dermatologischen Patienten. Die Körperdysmorphie Störung (KDS) gehört zu den Somatoformen Störungen (DSM-IV, American Psychiatric Association [APA] 1994) und ist gekennzeichnet durch eine übermäßige Beschäftigung mit einem imaginierten oder deutlich überbewerteten Makel oder Defekt im körperlichen Aussehen, welcher zu starken Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führen kann. Das Hauptziel dieser Untersuchung war, die Häufigkeit der klinischen und der subklinischen körperdysmorphen Symptomatik in verschiedenen dermatologischen Einrichtungen zu ermitteln. Des Weiteren wurde der Zusammenhang zwischen soziodemographischen Daten (Alter, Partnerschaft, Bildungsstand, Beruf) und dem Vorkommen körperdysmorpher Symptome untersucht. Eine andere wichtige Fragestellung bezog sich auf die Bindungsrepräsentation. Es sollte untersucht werden, ob sich Unterschiede in der Bindungsrepräsentation im Vergleich zu anderen klinischen Studien, im Vergleich der verschiedenen dermatologischen Einrichtungen bzw. im Vergleich von Patienten mit klinischer, subklinischer und ohne KDS zeigen. Ferner wurde der Zusammenhang zwischen sozialer Anpassung, dem Körpererleben und der Motivation zu psychotherapeutischer Beratung einerseits im Hinblick auf die Ausprägung der körperdysmorphen Symptome, andererseits im Hinblick auf die Unterschiede der Bindungsrepräsentationen überprüft.

**Methode:** Da Dermatologen neben HNO-Ärzten und Plastischen Chirurgen diejenigen sind, welche von Patienten mit Körperdysmorpher Störung am häufigsten aufgesucht werden, wurden verschiedene dermatologische Versorgungszentren (stationär und ambulant im Helios Klinikum Erfurt sowie eine Hautarztpraxis in Chemnitz) als Erhebungsorte gewählt. Insgesamt nahmen 409 dermatologische Patienten zwischen 15 und 80 Jahren an dieser Untersuchung teil. Es wurden standardisierte Fragebögen verwendet: zur Erfassung der Körperdysmorphen Störung (Dysmorphic Concern Questionnaire: DCQ, dt. Fassung: Stangier & Janich 2001), der Bindungstypen (Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen: BFPE, Höger & Buschkämper 2002), der sozialen Aktivitäten (Social Adaptation Self-evaluation Scale: SASS; dt. Fassung: Stangier 2003), des Körpererlebens (Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers: FBeK, Strauß & Appelt 1996) der Einstellung gegenüber einem psychologischen Beratungsangebot (Veränderungsstadienskala: VSS, Heidenreich et al. 2001) sowie zu soziodemographischen Daten.

**Ergebnisse:** In der Gesamtstichprobe wurden bei 3,2% (13) der Patienten Werte ermittelt, welche auf eine klinisch relevante (DCQ-Wert  $\geq 14$ ) und bei 5,2% (21) der Patienten auf eine subklinische körperdysmorphie Symptomatik (DCQ-Wert 11-13) hinwiesen. Es konnte



gezeigt werden, dass ambulante dermatologische Patienten, insbesondere die der dermatologischen Praxis, signifikant häufiger körperdysmorphe Symptome aufwiesen als stationäre Patienten und die Allgemeinbevölkerung. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen einer KDS und soziodemographischen Daten wurde deutlich, dass Patienten mit klinischer und subklinischer KDS im Vergleich zu Patienten ohne eine KDS signifikant häufiger ohne einen Partner lebten (65%). Im Hinblick auf die Altersverteilung war auffallend, dass sich zwei Altersspitzen zeigten: zwischen 18 und 45 Jahren und ab einem Alter von ca. 65 Jahren. In Bezug auf die Bindungsrepräsentation zeigte sich, dass die sichere Bindung bei den stationären Patienten der dermatologischen Klinik Erfurt signifikant häufiger vorkam als bei den ambulanten dermatologischen Patienten. Ebenso konnte gezeigt werden, dass Patienten ohne körperdysmorphe Symptomatik häufiger eine sichere Bindungsrepräsentation aufwiesen als Patienten mit einer KDS.

Des Weiteren wurden bei Patienten mit einer KDS gegenüber Patienten ohne KDS, sowie Patienten mit einer unsicheren gegenüber Patienten mit einer sicheren Bindungsrepräsentation Werte ermittelt, die auf eine geringere soziale Anpassung und Einschränkungen im Körpererleben hinwiesen (Hinweise auf eine geringere Zufriedenheit und eine intensivere Beschäftigung mit dem eigenem Körper, eine größere Unsicherheit gegenüber körperlichen Vorgängen und sexuelle Unzufriedenheit). Bezüglich der Motivation zu psychotherapeutischer Beratung zeigte sich, dass Patienten mit einer körperdysmorphen Störung eine vergleichsweise hohe Veränderungsmotivation aufwiesen.

**Diskussion:** Die Ergebnisse bestätigten die in der Literatur genannten Prävalenzraten der KDS für ambulante dermatologische Patienten (Stangier & Gieler 1998: 8,7%, Phillips et al. 2000: 11,9%). Das Vorhandensein von zwei Altersspitzen ließ sich in keinen anderen Studien finden, ist aber als Hinweis dafür zu werten, dass körperdysmorphe Symptome durchaus auch im höheren Alter vorkommen können. Die Ergebnisse der Bindungsrepräsentationen zeigten sich konform mit anderen klinischen Studien, bei denen die unsichere Bindungsrepräsentation mit über 80% signifikant häufiger vorkommt als die sichere. Die Zusammenhänge zwischen Haut und Seele sind schon seit dem Altertum bekannt und könnten eine Erklärung dafür sein, dass zahlreiche dermatologische Erkrankungen mit psychischen Faktoren und daher einer unsicheren Bindung assoziiert sein können. Bisherige Studien (z.B. Phillips et al. 2001) zeigten, dass Patienten mit einer KDS psychotherapeutische Behandlungsangebote eher ablehnen. Daher ist anzunehmen, dass es sich bei der ermittelten hohen Veränderungsmotivation nur bei einem Teil der Patienten um eine Motivation im Sinne einer psychotherapeutischen Beratung handelt. Da die KDS aber eine psychische Störung ist, sollte die psychotherapeutische Versorgung in der Dermatologie mehr Beachtung finden.

## 2 Einleitung

Die Haut ist das größte organische System des Körpers mit durchschnittlich 1800 Quadratzentimetern bei Erwachsenen (Frick et al. 1980) und gewährt Schutz und Abgrenzung gegenüber der Umwelt. Einerseits empfängt sie mit Hilfe zahlreicher Tast-, Temperatur- und Schmerzrezeptoren Signale von außen, filtert diese und leitet sie weiter, andererseits lässt sie innere seelische Abläufe als „Spiegel der Seele“ nach außen sichtbar werden. Die Zusammenhänge zwischen Haut und Seele sind schon seit dem Altertum bekannt. Sowohl die Haut, als auch das Gehirn, welches für die psychischen Vorgänge das wichtigste Organ des Menschen ist, entstehen aus demselben Keimblatt, dem Ektoderm, und sind somit eng verbunden.

Als eine Zone mit besonderer Sensibilität steht die Haut entwicklungspsychologisch betrachtet im Mittelpunkt des Gefühlsaustausches zwischen dem Kind und seiner Mutter, sowie anderen Bezugspersonen. Aus dem Empfinden und dem Berührtsein des Kindes, besonders mit der Mutter, die ihr Kind bei der täglichen Pflege drückt und liebkost oder es beim Stillen in ihren Armen hält, bildet sich die grundlegende Möglichkeit der Kommunikation, seine erste Sprache (Montagu 1971). Das Kind erfährt mit Hilfe der Haut ob es geliebt oder abgelehnt wird. Die ersten Grundsteine zur Entwicklung von Selbstsicherheit und Selbstvertrauen des Kindes entstehen im Wesentlichen dadurch, dass über den Hautkontakt die Nähe- und Distanzbedürfnisse des Kindes empathisch befriedigt werden.

Im Erwachsenenalter bleibt die Haut als wichtiges Kommunikationsorgan erhalten, da sie bei der Begegnung von Personen häufig als erstes wahrgenommen wird. Die Haut ist aufgrund der unmittelbaren visuellen Exposition von zentraler Bedeutung für die Einschätzung der Attraktivität. Hauterscheinungen können zu abwertenden und stigmatisierenden Reaktionen des sozialen Umfeldes führen. Der daraus resultierende Attraktivitätsverlust kann zu einem negativen Selbstbild und Körperkonzept führen. Patienten mit dermatologischen Erkrankungen sind oft unzufrieden mit dem eigenem Körperbild und können eine Beeinflussung des Wohlbefindens haben. Dermatologische Probleme können mit starken psychischen und sozialen Belastungen verbunden sein, die gegebenenfalls psychotherapeutischer Unterstützung bedürfen (Altamura et al. 2001, Dufresne et al. 2001, Stangier et al. 2003a).

Ein erheblicher Anteil dermatologischer Patienten weist zunehmend Symptome und Beschwerden auf, die nicht durch einen dermatologischen Befund erklärt werden können, sondern vielmehr auf eine psychische Störung zurückgeführt werden können (Stangier et al. 2003a). Hierzu gehört die in der vorliegenden Studie untersuchte Körperdysmorphie Störung (KDS), welche durch eine übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildetem oder kaum vorhandenen Mangel im äußeren Erscheinungsbild gekennzeichnet ist, mit einem starken

Leidensdruck einhergeht und starke Beeinträchtigungen in beruflichen, sozialen oder anderen wichtigen Bereichen verursachen kann. Das Krankheitsbild wurde erst in den letzten Jahren zunehmend untersucht und es gibt weiterhin viele Fragen hinsichtlich der KDS. Patienten mit einer KDS suchen in den meisten Fällen einen Dermatologen oder einen plastischen Chirurgen auf. Die Bundesärztekammer will einen deutlichen Kontrapunkt zum gegenwärtigen Schönheitswahn setzen, dem immer mehr Jugendliche und Heranwachsende ausgesetzt sind. „Es darf einfach nicht sein, dass unsere Kinder sich in ihrem Selbstwertgefühl vor allem durch suggerierte Defizite gegenüber Stars und Sternchen definieren und die so genannte Schönheitschirurgie zum Jugendkult hochstilisiert wird“, sagte der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (Berlin, 25.09.2004).

Mit dieser Untersuchung sollten die Häufigkeiten klinisch relevanter und subklinischer körperdysmorpher Symptomatik bei ambulanten und stationären dermatologischen Patienten der Helios Klinik in Erfurt sowie einer Hautarztpraxis in Chemnitz ermittelt werden. Es sollte untersucht werden, inwieweit es Unterschiede in der Bindungsrepräsentation bei Patienten mit und ohne körperdysmorpher Symptomatik gibt. Ebenso wurden unterschiedliche Bindungsmuster zwischen ambulanten und stationären dermatologischen Patienten untersucht.

In dem folgenden Kapitel sollen die theoretischen Grundlagen zu dem Krankheitsbild der Körperdysmorphen Störung, der Bindungstheorie, der Körpererfahrung sowie dem Transtheoretischen Model und dem Konzept der „Stages of Change“.

## **3 Theoretische Grundlagen**

### **3.1 Die Körperdysmorphie Störung**

#### **3.1.1 Historischer Hintergrund**

Die Körperdysmorphie Störung wurde erstmals 1886 von dem italienischen Psychiater Morselli als „Dysmorphophobie“ beschrieben (griechisch: dys = von der Norm abweichend, morph = Gestalt, Form). Unter diesem Begriff verstand er die von den Betroffenen geschilderte körperliche Missgestaltung trotz normalen Aussehens (Morselli 1886).

Mit seinem Fallbericht „Der Wolfsmann“ schilderte Sigmund Freud 32 Jahre später die Symptomatik einer Dysmorphophobie. Er berichtete von einem Individuum, welches sich durch Schwellungen und Krater seiner Nase so sehr verstümmelt fühlte, dass er seine Arbeit und seine täglichen Beschäftigungen vernachlässigte, und sich den ganzen Tag in einem Taschenspiegel betrachtete. Dieser Bericht ging noch ohne explizite Diagnose in die psychoanalytische Literatur ein.

In den folgenden Jahren wurde unter Verwendung verschiedener Bezeichnungen immer wieder über die Krankheit berichtet. Dabei finden unter anderem die „Obsessions de la honte du corps“ (Janet 1908), die „Schönheitshypochondrie“ (Jahrreis 1930, zit.n. Phillips 1991), die „dermatologische Hypochondrie“ (Zaidens 1950 zit. N. Phillips et al. 2001), der „makelzentrierte Akzeptationskomplex“ (Meyer 1963), die „dermatologische Non-Disease“ (Cotterill 1981) und die „dysmorphophobe Störung“ (Dilling et al. 1993) Verwendung.

Erst 100 Jahre nach der Erstbeschreibung von Morselli fand die „Dysmorphophobie“ 1987 mit dem DSM-III-R Eingang in die Internationalen Klassifikationssysteme psychischer Störungen.

Um die Angstsymptome und das phobische Vermeidungsverhalten nicht im Vordergrund der Krankheit zu stellen, wurde die „Dysmorphophobie“ später durch den Begriff der „Körperdysmorphie Störung“ ersetzt.

### **3.1.2 Klassifikation**

In der aktuellen 4. Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV, American Psychiatric Association [APA], 1994) und in der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) (Dilling et al. 1993) wird die KDS den Somatoformen Störungen zugeordnet, jedoch bildet sie nur im DSM-IV eine eigenständige Kategorie.

Diagnosekriterien für die Körperdysmorphie Störung nach dem DSM-IV sind:

1. Der Betroffene beschäftigt sich übermäßig mit einem imaginierten Makel im körperlichen Aussehen. Liegt eine körperliche Abweichung vor, so ist die Besorgnis des Betroffenen stark übertrieben.
2. Die Beschäftigung mit sich selbst verursacht einen starken Leidensdruck oder führt zu starken Beeinträchtigungen in beruflichen, sozialen oder anderen wichtigen Bereichen.
3. Die übermäßige Beschäftigung kann durch andere psychische Störungen (z.B. Anorexia nervosa) nicht besser erklärt werden.

Verwandte Formen der Körperdysmorphen Störung sind in den aktuellen internationalen Klassifikationssystemen der psychischen Störungen die „Dysmorphophobie (nicht wahnhaft)“, die „sonstigen nicht anhaltenden wahnhaften Störungen“ und die „wahnhafte Störung mit körperbezogenem Wahn“.

### **3.1.3 Symptomatik**

Die KDS ist gekennzeichnet durch Wahrnehmungs- und Denkstörungen. Das Hauptmerkmal der KDS ist die übermäßige Beschäftigung mit einem kleinen bzw. eingebildeten Makel im Erscheinungsbild, der subjektiv als entstellend bzw. hässlich erlebt wird. Liegt gar kein Defekt vor, entspricht dies einer Halluzination. Ist der Defekt minimal, so würde dies einer illusionären Verknennung entsprechen. Die Übergänge zwischen klinisch relevanten und nichtrelevanten Ausprägungen sind jedoch fließend und stellen somit ein Problem der Diagnosestellung dar. Problemzonen sind nach Untersuchungen von Phillips (1986) besonders Haut, Haare und Nase, Studien von Veale et al. (1998) benennen als zusätzliche Hauptproblemzone die Brüste.

Letztendlich kann jedoch jede Körperregion, jedes Organ und jede körperliche Funktion zum Fokus der übermäßigen Beschäftigung werden. Die Beschwerden können sowohl spezifisch (Höcker auf der Nase) als auch allgemein (Blässe) sein. Betroffene sind für gewöhnlich über mehr als eine Körperregion besorgt. Phillips et al. (1991) zeigten, dass die vermutete Entstellung auf durchschnittlich 3-4 Körperregionen begrenzt ist. Anfänglich steht nur eine Region im Vordergrund, jedoch können im Krankheitsverlauf weitere hinzutreten. Besonders nach einer somatischen Therapie (z.B. operativer Eingriff) können neue Regionen in den Mittelpunkt der Besorgnis rücken, d.h. der primäre angenommene Defekt kann sich auf andere Körperregionen verlagern. Wahrnehmungsstörungen können sich auch im Sinne von Schmerzen, Juckreiz oder Parästhesien äußern.

*Denkstörungen* liegen bei KDS-Patienten (dieser Begriff schließt auch im Folgetext sowohl weibliche als auch männliche Patienten ein) im Sinne von Zwangsgedanken und Beobachtungswahn vor. Zwangsstörungen werden von Patienten mit KDS als das Nichtloskommen von Gedanken hinsichtlich des Defektes geäußert. Den Gedanken kann kaum Widerstand geleistet werden. Die Betroffenen sind teilweise unfähig sich auf andere Dinge zu konzentrieren. Oft wird die KDS als Zwangsstörung fehldiagnostiziert (Vitiello & De Leon 1990). Patienten mit Zwangssymptomen erleben ihre Symptome meist als Ich-dyston, d.h. die Patienten haben eine volle Krankheitseinsicht. Sie leiden an der übermäßigen gedanklichen Beschäftigung mit ihrem vermeintlichen Makel, bei gleichzeitigem Wissen über die Sinnlosigkeit der Zwangsgedanken und Zwangshandlungen.

Patienten mit Körperdysmorphen Störungen erleben ihre Symptome meist als Ich-synton. Diese Denkstörungen äußern sich durch eine geringe Einsicht in die Sinnlosigkeit der Zwangshandlungen. Diese Patienten werden häufig von einem Beobachtungswahn beherrscht. Etwa die Hälfte der Betroffenen vermutet, dass sie von anderen Menschen mit besonderem Interesse beobachtet werden, und dass diese sie als hässlich empfinden. Die andere Hälfte ist fest davon überzeugt. Der Patient mit KDS hat nicht die Fähigkeit sich kritisch von seinen Symptomen zu distanzieren. Bei KDS Patienten ist ein Wechsel zwischen beiden Denkstörungen möglich (Phillips 2000).

*Verhaltensstörungen* sind ein weiteres klinisches Merkmal der Krankheit. Wie bereits erwähnt, ist die übermäßige Beschäftigung mit einem vermeintlichen Defekt im äußeren Erscheinungsbild ein diagnostisches Kriterium der KDS. Die Betroffenen zeigen zeitaufwendige und zwanghafte Verhaltensweisen wie z.B. die ständige Kontrolle in Spiegeln

bzw. anderen reflektierenden Flächen („mirror checking“), „grooming“ (kämmen, rasieren oder Haare entfernen) oder zupfen der Haut („skin picking“).

Ein Teil der Betroffenen sucht Bestätigung bei anderen dafür, dass der vermeintliche Defekt unattraktiv sei, und vergleichen ihr Aussehen mit dem anderer (Phillips 1986).

Eine weitere Verhaltensweise ist die ständige und wiederholte Suche nach dermatologischer und kosmetischer Behandlung. Sie versuchen andere von ihrer „Missbildung“ zu überzeugen. Betroffene vermeiden Situationen und Kleidung, die den eingebildeten Defekt preisgeben könnten. Sie verbringen hingegen viel Zeit damit, den Defekt mittels Kleidung, Make-up, Körperhaltung oder Kopfbedeckung zu verstecken („camouflaging“, Phillips 1986).

Zusammenfassend lassen sich zwei verschiedene Verhaltensweisen feststellen. Zum einen das Kontrollverhalten, bei dem sich die Patienten z.B. ständig im Spiegel betrachten. Zum anderen lässt sich auch ein Vermeidungsverhalten beobachten. Diese Patienten vermeiden Spiegel und versuchen den Defekt in der Öffentlichkeit zu verdecken, da abwertende und demütigende Reaktionen auf das Aussehen erwartet werden (Stangier & Gieler 1998). Diese verschiedenen Verhaltensweisen dienen der Angstreduktion, die in der Regel aber nicht erreicht wird.

Da die Krankheit überwiegend Regionen betrifft, denen eine kommunikative oder ästhetische Bedeutung zukommt (Haut, Haare etc.), kann bei den Betroffenen ein Gefühl der Scham entstehen, welches zum Leitaffect der Krankheit wird. In der Literatur wird deshalb auch gelegentlich von der Schamkrankheit gesprochen (Küchenhoff 1984, Bürgy 1998, Wegner et al. 1999). Eine falsche Behaarung, wie z.B. bei Hirsutismus, kann größere Schamgefühle auslösen als nackt zu sein. Aufgrund der Scham können Patienten Angst vor visueller Exposition haben. Scham setzt den interpersonellen Blick des anderen voraus, der die eigene Minderwertigkeit und imaginäre Missgestalt enthüllt. Der Körperdysmorphe fürchtet jedoch nicht den Blick des anderen, sondern den eigenen, reflektiv durch den Spiegel vermittelten Blick auf sich selbst, d.h. der Betroffene erkennt sich mit dem Blick des anderen als missgestaltet (Bürgy 1998).

Die Scham, geringes Selbstbewusstsein, depressive Verstimmungen und die extrem zeitaufwendigen Verhaltensweisen, welche gelegentlich den Leidensdruck noch verschlimmern, verursachen soziale, berufliche und partnerschaftliche Einschränkungen und können zu Selbstschädigungen und Suizidversuchen führen (Cotterill & Cunliffe 1997). Häufig sind die Patienten unverheiratet und arbeitslos (Phillips & Diaz 1997). Die Vermeidung von öffentlichen Situationen ist nicht selten kennzeichnend. Es kann zu starken

Beeinträchtigungen insbesondere im familiären und sozialen Umfeld kommen. In schweren Fällen kann dies zur totalen sozialen Isolation führen. Phillips (1995) belegte in einer Studie, dass 32 % der Betroffenen sich für eine Woche nur zu Hause aufhielten, einige hatten für viele Jahre das Haus nicht verlassen. Patienten mit weniger starken Symptomen erfahren keine so dramatischen Beeinträchtigungen. Diese Personen arbeiten jedoch mit starkem Leidensdruck weit unter den von ihnen erwarteten Fähigkeiten.

Durch den großen Leidensdruck der Patienten versuchen einige den wahrgenommenen Defekt eigens zu korrigieren (Phillips 1986). Diese „Selbstbehandlung“ kann dann zu objektiv relevanten Defekten führen, welche eine größere Aufmerksamkeit auf sich ziehen als der vorher kaum sichtbare Defekt. Betroffene versuchen minimale Hautveränderungen mit Hilfe von Nadeln, Messer oder Rasierklingen zu entfernen. Andere benutzen spezielle Chemikalien und Ätzungsmittel um angebliche Defekte zu „behandeln“. Das daraus resultierende ästhetische Ergebnis ist dann oft viel deutlicher sichtbar (Sarwer et al. 2003). Veale (2000) berichtet z.B. von einem Mann, der seine Gesichtshaut getackert hatte, damit seine schlaffe Haut straffer erscheint. Etwa ein Viertel der Erkrankten erleben einen so starken Leidensdruck, dass es zu Suizidversuchen kommt (Veale et al. 1996, Phillips & Menard 2006).

### **3.1.4 Differentialdiagnosen und Komorbiditäten**

Die Körperdysmorphie Störung tritt in der Regel in Kombination mit anderen psychischen Störungen auf. Deshalb wird sie auch heute noch aufgrund der Komplexität und der Komorbidität mit anderen Krankheiten oft fehldiagnostiziert.

Differentialdiagnostisch müssen die Zwangsstörung, die Hypochondrie, die Psychosen, die Soziale Phobie, die Essstörung und eine Störung der Geschlechtsidentität in Erwägung gezogen werden (Driesch et al. 2004). Ebenso kann die KDS als Agoraphobie und Trichotillomanie fehldiagnostiziert werden. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht der Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Körperdysmorphen Störung und deren Differentialdiagnosen.

Betroffene zeigen hohe Komorbiditäten zu depressiven Störungen, Angststörungen, sozialen Phobien, Zwangstörungen, Substanzmissbrauch von Drogen und Alkohol sowie narzisstische und zwanghafte Persönlichkeitsstörungen.

Als die am häufigsten mit der KDS in Verbindung stehende psychiatrische Störung wird die Depression erwähnt (Sarwer et al. 2003, Cotterill 1996). Von 250 KDS Patienten hatten 73,7% eine „major depression“ und 36,8% eine soziale Phobie (Phillips et al. 2001).



Tab. 1: Gemeinsamkeiten und Unterschiede der KDS und deren Differentialdiagnosen

<b>Zwangsstörung</b>	<b>Körperdysmorphie Störung</b>
persistierende Gedanken bezüglich des Defekts ständiges Kontrollverhalten und stereotype Zwangshandlungen	
-Patient erlebt seine Symptome Ich-dyston und hat volle Krankheitseinsicht, d.h. er kann sich von seinen Symptomen kritisch distanzieren und kann das objektive Nichtvorhandensein der Symptome erkennen	-Patient erlebt seine Symptome Ich-synton und hat kaum Krankheitseinsicht. Es ist jedoch ein Wechsel zwischen Ich-dyston und Ich-synton möglich
<b>Hypochondrie</b>	<b>Körperdysmorphie Störung</b>
ständige Rückversicherung bei Freunden oder Ärzten	
-Patient ist der Überzeugung an einem inneren Defekt zu leiden -dem Patienten werden betroffene Körperteile und Organfunktionen zum Gegenüber, die Umwelt verliert an Bedeutung und die Angst vor einer bedrohlichen Erkrankung überwiegt	-Patient ist der Überzeugung an einem äußeren Defekt zu leiden -Patient bleibt mit seiner Umwelt hautnah verbunden, erlebt die körperlichen Anomalien als real und hat keine Angst vor einer bedrohlichen Erkrankung
<b>Soziale Phobie</b>	<b>Körperdysmorphie Störung</b>
Vermeidung sozialer Situationen	
-Patient fühlt sich aufgrund seines Verhaltens minderwertig und beobachtet	-Patient fühlt sich im äußeren Erscheinungsbild minderwertig und beobachtet
<b>Essstörungen (z.B. Anorexia nervosa)</b>	<b>Körperdysmorphie Störung</b>
Störung der Selbstwahrnehmung permanentes Kontroll- und Vermeidungsverhalten	
-Störung des Körperschemas -weibliche Patienten mit Anorexia nervosa lehnen ihre weibliche Körperform ab	-umgrenzte Störung des Körperbildes -weibliche Patienten mit einer KDS lehnen ihre weibliche Körperform nicht ab
<b>Störung der Geschlechtsidentität</b>	<b>Körperdysmorphie Störung</b>
Wunsch nach chirurgischer Behandlung	
-Patienten sind nach der Behandlung meist geheilt	-Leidensdruck wird nach Behandlung meist noch verschlimmert bzw. eine neue Körperregion gelangt in den Fokus
<b>Agoraphobie</b>	<b>Körperdysmorphie Störung</b>
Angst das Haus zu verlassen, Angst vor großen Plätzen, Angst vor großen Menschenansammlungen...	
-...aufgrund der Angst	-...aufgrund der Scham, dass ihre `Hässlichkeit` von anderen gesehen wird
<b>Trichotillomanie</b>	<b>Körperdysmorphie Störung</b>
- zwanghaftes Haareausreisen	-Ausreisen der Haare soll dem besseren Aussehen dienen
<b>Zoenästhetische Schizophrenie</b>	<b>Körperdysmorphie Störung</b>
leibliche Wahrnehmungsstörung	
-abnorme Empfindungen, meist nicht streng lokalisiert, auch auf das Körperinnere bezogen	-feste Lokalisation, angebliche Störung des äußeren Erscheinungsbildes

### 3.1.5 Epidemiologie

Genaue Angaben zur Prävalenz der Körperdysmorphen Störung liegen noch nicht vor. In der Literatur wird von Punktprävalenzen von 0,7% - 5% in der Normalbevölkerung ausgegangen (Rosen & Reiter 1996, Faravelli et al. 1997, Stangier et al. 2005).

Höhere Prävalenzen zeigten sich bei ambulanten dermatologischen Patienten (Stangier & Gieler 1998: 8,7%, Phillips et al. 2000: 11,9%). Bei Patienten die eine kosmetische Operation anstreben, liegen die Prävalenzen bei 6,3% bzw. 15,2% (Altamura et al. 2001, Dufresne et al. 2001) und in der plastischen Chirurgie bei 7% (Sarwer et al. 1998).

Die Störung dürfte jedoch häufiger vorkommen als erwartet, da spezifische diagnostische Instrumente noch fehlen, hohe Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen bestehen und die Krankheit schwer differentialdiagnostisch abzugrenzen ist (Stangier & Hungerbühler 2001).

Zur Geschlechterverteilung der KDS zeigen sich unterschiedliche Ergebnisse. In der Literatur sind teilweise Frauen häufiger betroffen (Phillips & Menard 2005: Frauen 68,1%), teilweise Männer (Hollander et al. 1993: Männer 61%), in den meisten Studien kommen jedoch beide Geschlechter gleich häufig vor (Phillips et al. 2001: Frauen 52,4%)

Beide Geschlechter sind sich in den demographischen Merkmalen (Durchschnittsalter, Familienstand u.ä.), klinischer Symptomatik und Komorbidität mit Depression sehr ähnlich. Betroffene Männer sind häufiger ohne Partnerin im Vergleich zu betroffenen Frauen (Phillips & Diaz 1997). Es wird in klinischen Studien von 66-85% der Patienten berichtet, nicht verheiratet oder geschieden zu sein (Cotterill 1996, Phillips et al. 2001, 2006).

Weibliche Patienten haben häufig Probleme mit den Hüften, den Brüsten, den Beinen und ihrem Gewicht, wohingegen bei männlichen Patienten die Größe, das Genitale und die zu dünnen oder zu wenigen Haare zur Problemzone werden (Phillips & Diaz 1997; Perugi et al. 1997). Männer haben auch häufig Probleme mit ihrer vermeintlich zu wenig männlichen Körperstatur welches als eine spezielle Form der Körperdysmorphen Störung gesehen wird („muscle dysmorphia“, Pope et al. 2000).

Die Störung manifestiert sich überwiegend in der Pubertät bzw. Adoleszenz, durchschnittlich im Alter von 16,9 Jahren mit einer mittleren Krankheitsdauer von 15,5 Jahren (Phillips et al. 2001). Das Durchschnittsalter der KDS Patienten wird in der Literatur mit ca. 33 Jahren angegeben (Phillips et al. 2001, Phillips & Menard 2006). Der Verlauf ist in der Regel chronisch (Phillips et al. 1993).

### 3.1.6 Ätiologie

Da sich die Forschung über die Körperdysmorphie Störung in ihren Anfängen befindet, sind die Ursachen dieser Krankheit relativ unbekannt. Es existieren verschiedene biologische, psychodynamische und kognitiv-behaviorale Konzepte zur Ätiologie der KDS. Möglicherweise handelt es sich um ein multifaktorielles Geschehen, welches genetische Faktoren und Umwelteinflüsse einschließt.

Diskutiert werden unter anderem Dysbalancen im Serotoninhaushalt aufgrund der Therapieerfolge mit Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRI) (Phillips et al. 1998). Einzelfallberichte weisen auf eine Auslösung der KDS durch den Serotoninagonisten Marihuana hin (Hollander et al. 1989), welche diese These stützen könnten. Störungen im Serotoninhaushalt sind ebenfalls bei Zwangsstörungen zu beobachten, welche die Hypothese, dass die KDS den Zwangsstörungen zugeordnet werden, bekräftigen könnte. Jedoch sind bei der KDS keine Schlussfolgerungen auf neurobiologische Defekte möglich.

Einige Autoren schreiben die Entstehung der KDS soziokulturellen Einflüssen zu, welche die Wichtigkeit von Attraktivität und gutem Aussehen betonen. Mängel werden in der Gesellschaft als sehr negativ bewertet (Munro & Stewart 1991). Diese durch die Gesellschaft vermittelten überzogenen ästhetischen Standards und Ideale wechseln allerdings stetig. Viele Individuen suchen sich unerreichbare Vorbilder, wie z.B. Models. Die dann daraus resultierende Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper kann vorausgesagt werden, da dieses Ideal unmöglich erreicht werden kann. Es kann zur Überbewertung des Aussehens kommen, welche dieses in den Augen der Personen genauso wichtig erscheinen lässt wie emotionale, finanzielle und physische Belange (Sarwer et al. 2003).

"Körperliche Merkmale gehen aufgrund selektiver Unaufmerksamkeit und fehlerhafter Wahrnehmungsprozesse in eine verzerrte bildhafte Repräsentation ein. Die Fehlverarbeitung wird durch kognitive Schemata wie perfektionistische Vergleichsmaßstäbe oder eine überhöhte Einschätzung körperlicher Attraktivität begünstigt. Die starke Fixierung und mangelnde Einsicht könnte durch positive Rückkopplungen zwischen behavioralen und kognitiven Verzerrungen verursacht werden" (Stangier & Hungerbühler 2001).

Die Menarche bei Mädchen wird ebenfalls in Zusammenhang mit der Entwicklung körperdysmorpher Symptome gebracht. In dieser Zeit können sie an Gewicht zunehmen und sich als Konkurrenten zu anderen Mädchen sehen. Folglich kommt ihren Körpermerkmalen in dieser Zeit eine große Bedeutung zu (Snaith 1992). Zusätzlich können bei beiderlei Geschlecht während der Pubertät unangenehme Hautveränderungen wie z.B. Akne beobachtet

werden. Gerade in dieser Zeit kommt dem Aussehen eine wichtige Rolle zu, da man nach Anerkennung bei anderen bzw. bei dem Partner sucht. Werden anerkennende Blicke und Gesten verweigert, führt dies zum Einbruch des eigenen Selbstwertgefühls. Das Selbstwertgefühl ist definiert als:

„(engl. Self-esteem, self-regard), neben dem Eigenmachtgefühl und der Zufriedenheit nach Lersch eine stationäre Gestimmtheit des Selbstseins (Selbst), mit dem der Mensch sich als Träger eines Wertes erlebt. Seine Verneinung ist das Minderwertigkeitsgefühl. Unsicherheit im Selbstwertgefühl wird meist durch sozialen Vergleich zu beheben versucht“ (Dorsch 2004).

Die Zufriedenheit mit der eigenen körperlichen Erscheinung stellt einen wesentlichen Faktor für allgemeines Wohlbefinden dar. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit dem eigenen körperlichen Erscheinungsbild und dem Selbstkonzept bzw. Selbstwertgefühl (Wooley & Roll 1991, Mendelson et al. 1995). Zu sehen und wahrzunehmen, dass man nicht einem Ideal entspricht, kann Scham auslösen. Individuen mit geringem Selbstbewusstsein und geringem Selbstwertgefühl können wegen des geringgradig fehlerhaften Aussehens in dieser Zeit schon die Zeichen von Angst und Scham wahrnehmen (Phillips 1991). Es scheint für den Menschen wichtig zu sein zu einer Gruppe zu gehören, nicht aus der Norm zu fallen, um sich nicht schämen zu müssen.

Familiäre Gegebenheiten spielen eine große Rolle bei der KDS. Problembehaftete Familiensituationen, negative Kindheitserlebnisse und familiärer Druck können dazu beitragen, dass sich die Personen unsicher, abgelehnt und ungeliebt fühlen, welches sie als Beweis für ihr hässliches Aussehen interpretieren können (Phillips 1991).

Prädisponierende Faktoren sind negative Erfahrungen mit Hänseleien und kritischen Kommentaren bezüglich des äußeren Erscheinungsbildes, kritische Lebensabschnitte und spezifische prämorbid Persönlichkeitsstrukturen.

### **3.1.7 Behandlungsmöglichkeiten**

Da die KDS eine psychische Störung ist, ist es nicht überraschend, dass Patienten oft nur marginal auf dermatologische Behandlungen (z.B. Lifestyle-Medikamente für Haarwachstum oder gegen Schweißabsonderung) oder kosmetisch chirurgische Eingriffe (z.B. Rhinoplastik, Liposuktion) ansprechen. Eine Studie mit mehr als 250 erwachsenen KDS Patienten belegt, dass 88% nach nichtpsychiatrischer Behandlung keine Verbesserung bzw. teilweise sogar eine Verschlechterung der Symptome zeigten (Phillips et al. 2001).

Dennoch zeigen retrospektive Studien, dass Dermatologen, HNO Ärzte und Plastische Chirurgen diejenigen Ärzte sind, welche von KDS Patienten am häufigsten aufgesucht werden.

In einer Studie mit 188 KDS Patienten suchten 46% einen Dermatologen auf und 38% erhielten eine dermatologische Therapie (Phillips & Diaz 1997). Nur 13% dieser behandelten Patienten berichteten von einer Verbesserung durch die dermatologische Behandlung.

Veale et al. berichteten von 48% der Patienten die Rat suchten und ca. 25% welche die gewünschte Behandlung erhielten. Jedoch war größtenteils keine Besserung der KDS-Symptomatik zu verzeichnen. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass somatische Therapien bei der KDS kontraindiziert sind.

Die Literatur zu den Behandlungsmöglichkeiten wächst kontinuierlich. Indiziert als Therapie sind psychopharmakologische und psychotherapeutische Maßnahmen.

Zur psychopharmakologischen Behandlung sind zum jetzigen Zeitpunkt die Wirksamkeit von Antipsychotika untersucht worden. Die Wirksamkeit von SSRI (Clomipramin, Fluoxetin) bei der KDS wurde belegt (Hollander et al. 1999, Phillips & Rasmussen 2004), die von Antipsychotika konnte bisher nicht nachgewiesen werden (Veale 2004).

Die Kognitiv-behaviorale Psychotherapie wurde durch mehrere kontrollierte Studien als eine effektive Behandlungsmöglichkeit zur Reduzierung der KDS-Symptomatik bei der Mehrzahl der KDS Patienten nachgewiesen (Veale et al. 1996, Rosen et al. 1995, Neziroglu et al. 2002). Rosen et al. (1995) zeigten in einer Studie, dass 82% der Teilnehmer direkt nach der Behandlung, und 77% nach einem 5-Monats-Follow-up signifikante Symptomverbesserungen aufwiesen. Die Wartekontrollgruppe zeigte dies bei nur 7,4% der Probanden.

Das Behandlungsprogramm kombiniert ein Expositionstraining mit einer kognitiven Umstrukturierung, welches von Veale et al. (1996) in einer Studie als wirksam belegt wurde. Bei dem Expositionstraining werden die Patienten damit konfrontiert, den vermeintlichen Defekt in der Öffentlichkeit zu zeigen. Außerdem wird der Patient dazu angehalten, bestimmte Verhaltensweisen und Kontrollrituale, wie das Verdecken des Defektes oder das ständige Betrachten im Spiegel, zu vermeiden (Reaktionsverhinderung). Der zweite Teil der Behandlung, die kognitive Umstrukturierung, soll den Patienten helfen, die Überbetonung des Äußeren und des vermeintlichen Makels als Maßstab für die Bewertung einer Person zu korrigieren (Stangier & Hungerbühler 2001).

## **3.2 Bindung**

### **3.2.1 Die Bindungstheorie**

Die Bindungstheorie (attachment theory) wurde maßgeblich von John Bowlby und Mary Ainsworth entwickelt. Der englische Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby definierte Bindung als: "a special type of social relationship between infant and caregiver, which evolves over the first year of life" (Bowlby 1969). Die tatsächlichen Erfahrungen in der Kindheit spielen eine wesentliche Rolle für die Entwicklung der Persönlichkeit (Bowlby 1979). Das Bindungssystem ist laut Bowlby ein angeborenes Verhaltenssystem, welches das Kind vor Gefahren schützen soll und so die Erhaltung der Art zu sichern. Für Bowlby (1997) wird: "...die Fähigkeit, Bindungen zu anderen Personen aufzubauen (entweder in der Rolle der Person, die Unterstützung und Trost sucht, oder der Person, die beides gibt), als ein grundlegendes Merkmal einer effektiv funktionierenden Persönlichkeit und psychischer Gesundheit betrachtet."

Das Bindungssystem entwickelt sich in frühester Kindheit. Es ist wesens- und handlungsbestimmend und bleibt während des ganzen Lebens erhalten (Ainsworth 1989, Rothbard & Shaver 1994), dann jedoch auf andere Personen gerichtet.

Aktiviert wird das Bindungssystem durch Trennung von der Bindungsfigur, bzw. andere äußere oder innere Bedrohung (Krankheit, Schmerz) (Colin 1996). Dann tritt das Bindungsverhalten in den Vordergrund, welches jegliches Verhalten einschließt, um die Nähe und den Kontakt zu einer vertrauten Person zu erhalten bzw. wieder herzustellen. Dieses Verhalten wird im Kindheitsalter durch schreien, lächeln, weinen, sich nähern, festklammern, nachfolgen o.ä. geäußert (Colin 1996).

Daraufhin sollte das Pflegeverhalten der Bindungsperson aktiviert werden. Diese soll das Kind vor der „Bedrohung“ schützen, es trösten und ihm Sicherheit bieten, und damit das Bindungssystem wieder deaktivieren.

Das Fürsorgeverhalten verschiedener Personen, welches von der eigenen Bindungserfahrung abhängig ist (Benoit & Parker 1994, van Zendoorn 1995), kann variieren und somit zu unterschiedlichen Bindungsqualitäten beim Kind führen.

Bindung lässt sich durch 4 Merkmale charakterisieren (Weiss, 1982).

- Das Suchen und Aufrechterhalten von Nähe ("maintenance of proximity") zeigt sich darin, dass das Kind die Nähe zu der Bezugsperson sucht. Ist diese nicht erreichbar, so äußert sich dies bei dem Kind durch weinen, schreien und suchen der Bindungsperson.
- Bei Gefahr oder Bedrohung bietet die Bezugsperson einen Zufluchtsort ("safe haven"), der dem Kind Unterstützung, Schutz und Trost gewährt.
- Die Bindungsperson bietet dem Kind eine sichere Basis ("secure base") und es kann sich dem Explorationsverhalten zuwenden.
- Im Fall einer Trennung von Kind und Bezugsperson kommt es zum Protest („separation protest“).

### **3.2.2 Internale Arbeitsmodelle**

In den ersten Lebensjahren entwickeln sich spezifische Bindungsmuster. Kinder entwickeln aufgrund von Interaktionen mit ihren Bezugspersonen so genannte „internale Arbeitsmodelle“ (Bowlby 1988, Main et al. 1985, Ainsworth 1985). Diese aktiven Konstruktionen werden während der Entwicklung stabiler, können jedoch jederzeit neu strukturiert werden. Sie erfahren eine fortwährende Differenzierung während der Entwicklung des Kindes.

Vier Phasen lassen sich bei der Bindungsentwicklung unterscheiden (Ainsworth et al. 1978). Bis zum 3. Monat ist das Kind von jeder Person sozial ansprechbar und richtet sein Bindungsverhalten an beliebige Personen. Es hat noch keine spezielle Bindungsperson (Vorphase).

Bis zum 6. Monat schränkt sich der Kreis allmählich auf wenige vertraute Personen ein, die anderen Menschen gegenüber klar bevorzugt werden.

Etwa ab dem 6. Monat entwickelt sich die eigentliche Bindung. Nur einige Bezugspersonen sind für das Kind wichtig. Das Kind bemüht sich aktiv, um in der Nähe der Bindungsperson zu bleiben. Bei Abwesenheit der Bezugsperson wird diese vermisst. Diese Phase nennt Bowlby "zielorientiert".

Das Zielkorrigierte Verhalten tritt etwa ab dem 3. Lebensjahr auf. Kinder finden heraus, wie sie auf Personen einwirken müssen. Das Kind will Auswirkungen auf sein Verhalten spüren und das Verhalten des anderen beeinflussen. Es kann Wünsche und Absichten anderer Personen in seine eigenen Ziele integrieren (West 1994, Grossmann & Grossmann 2000).

Jedes Kind konstruiert sich seine eigenen Modelle von Beziehungen, basierend auf den Erfahrungen mit der Bindungsperson, auf Handlungen und deren Handlungsergebnissen.

Aufgrund von unterschiedlichen Erlebnissen entwickeln sich verschiedene Arbeitsmodelle bei Kindern (Holmes 1995). Sie sind die verinnerlichte Repräsentanz von Interaktionserfahrungen und beinhalten das Bild des Selbst und das Bild der Anderen (Bretherton 1985). Aufgrund der unterschiedlichen Interaktionserfahrungen und der unterschiedlichen Repräsentanzen bilden sich unterschiedliche Bindungsrepräsentationen aus (sicher, unsicher, ambivalent). Ein sicher gebundenes Kind z.B. würde ein inneres Arbeitsmodell von einer verantwortungsvollen, zuverlässigen, und liebevollen Bezugsperson und ein Selbstbild von einer Person haben, welcher Liebe und Aufmerksamkeit gebührt (Holmes 1995). Die wichtigste Funktion dieser inneren Arbeitsmodelle ist es: "Ereignisse der realen Welt zu simulieren bzw. vorwegzunehmen, um so das Individuum in die Lage zu versetzen, sein Verhalten mit Einsicht vorausschauend zu planen" (Fremmer-Bombik 1997). Das Verhalten ist dann umso besser angepasst, je genauer die Simulation der Wahrheit entspricht.

Qualitative Unterschiede in den Arbeitsmodellen bedingen unterschiedliche Bindungsstile. Die Faktoren, welche die Bindungsqualität beeinflussen, werden im Folgenden aufgeführt. Das Temperament des Kindes spielt dabei eine Rolle (Irritierbarkeit, Beruhigbarkeit, positive vs. negative Emotionalität). Zum anderen hängt es von der Feinfühligkeit der Bindungsperson ab, d.h. von der Fähigkeit der Bindungsperson, Signale des Kindes wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren und angemessen und prompt auf diese zu reagieren (Ainsworth et al. 1974). Ebenso können verschiedene Kontextfaktoren, wie sozioökonomische Belastungen oder kritische Lebensereignisse (z.B. Scheidung der Eltern) die Bindungsqualität beeinflussen.

### **3.2.3 Bindung im Kindesalter**

Die Bindungsforschung beruht auf der Bindungstheorie von John Bowlby und deren empirischer Weiterentwicklung durch Mary Ainsworth. Ainsworth arbeitete zusammen mit Bowlby in den 50er Jahren. Danach zog sie nach Uganda, um dort Studien von Müttern und ihren Kindern durchzuführen, und ließ sich letztendlich in Baltimore, Maryland nieder. Sie befasste sich mit dem Zusammenhang zwischen Bindung und Explorationsverhalten bei Säuglingen und Kleinkindern (Holmes 1995).

Bindungsqualitäten können beim Kleinkind empirisch mit der „Strange Situation“ (Fremde Situation) erfasst werden, welche Ende der 60er Jahre von Ainsworth und Wittig entwickelt wurde. Diese untersucht das Zusammenspiel von Erkundungs- und Bindungsverhaltenssystem unter Belastungssituationen (Bretherton 1997, Main 2001). Die „Fremde Situation“ stützt auf nonverbale Verhaltensbeobachtungen von Main an 12-18 Monate alten Kleinkindern und



ihrer Bindungsperson in einer standardisierten Laborsituation von 8 dreiminütigen Abschnitten. Das Kind und seine Bezugsperson sind in einem Raum, in dem verschiedene Spielsachen auf dem Boden liegen. Die Kinder werden milden Stresssituationen mit Trennungs- und Wiedervereinigungsepisoden ausgesetzt. Das Kind wird von der Bezugsperson getrennt und dann teils allein, teils mit einer fremden Person im Raum gelassen (Ainsworth & Wittig 1969, Dornes 2000). Zur Klassifikation verschiedener Bindungsmuster waren die Wiedervereinigungsepisoden entscheidend.

Sie differenzierten drei klassische Bindungsstile: den sicheren, den unsicher-ambivalenten und den unsicher-vermeidenden (Main 2001). 1986 wurde ein weiterer Bindungsstil, der desorganisiert-desorientierte, von Main und Solomon beschrieben. Main vertrat die Meinung, dass alle der drei Bindungsstile in desorganisierter Form auftreten können.

Schmücker und Buchheim (2002) weisen auf folgende Merkmale der Bindungsstile hin:

*Sicher* gebundene Kinder sind sich sicher der Verfügbarkeit von Nähe, Unterstützung und Sicherheit durch die Bindungsperson. Sie zeigen in Trennungssituation offen ihren Kummer, lassen sich schnell trösten und wenden sich dann wieder Ihrem Spiel zu. Bindungs- und Explorationsverhalten sind ausgeglichen.

Bei den *unsicher-ambivalent* gebundenen Kindern ist die Verfügbarkeit der Bindungsperson unberechenbar. Die Kinder können nicht einschätzen wie diese in bestimmten Situationen reagieren wird, da diese sich häufig widersprüchlich verhält. Bei einer Trennung weinen sie heftig und lassen sich schlecht beruhigen. Sie zeigen einerseits Nähewünsche, andererseits aber Kontaktwiderstand. Die Aufmerksamkeit ist auf das Bindungsverhalten gerichtet.

Kinder mit *unsicher-vermeidendem* Bindungsstil erfahren keine emotionale Unterstützung und Zuwendung, sondern werden häufig zurückgewiesen. Ihnen fehlt die Zuversicht bezüglich der Verfügbarkeit der Bindungsperson vollständig. Sie haben die Erfahrung gemacht, grundsätzlich auf Ablehnung zu stoßen. Bei Trennungssituationen zeigen sie wenig Kummer, sondern konzentrieren sich auf ihr Spiel. Sie vermeiden die Nähe zur Bindungsperson wenn diese nach der Trennung zurückkehrt. Ihre Aufmerksamkeit ist auf das Explorationsverhalten gerichtet.

Das *desorganisierte-desorientierte* Bindungsmuster tritt besonders bei Kindern von Eltern mit unverarbeiteten Traumatisierungen wie z.B. Missbrauch auf (Main 1997). Dieses

Bindungsmuster wird so verstanden, dass die Kinder in der Trennungssituation keine Bindungs- bzw. Verhaltensstrategie zur Verfügung haben. Sie zeigen dann bizarres und seltsames Verhalten wie stereotype Verhaltensweisen, Erstarren für einige Sekunden, zeigen abnorme Körperhaltungen oder eine ängstliche Besorgnis gegenüber der Bindungsperson (Main 2001).

### **3.2.4 Bindung im Erwachsenenalter**

Die Bindung bei Erwachsenen muss anders verstanden und erfasst werden als bei Kindern. Sie unterscheidet sich von der im Kindesalter in vielerlei Hinsicht. Bei Kindern stehen die beobachteten Verhaltensweisen im Vordergrund, bei Erwachsenen jedoch die mentalen Repräsentationen. Die interne Repräsentation der Bindung, welche im Jugendalter noch von der Interaktion mit den Eltern beeinflusst wird, bleibt im Alter zunehmend stabil. Das Bindungsverhalten richtet sich bei Erwachsenen hauptsächlich an den Partner als primäre Bezugsperson. Die Bindung zeichnet sich dann häufig durch Reziprozität aus, d.h. beide Partner geben und empfangen Nähe und Schutz in gleichem Maße (Hazan & Shaver 1994). Bei Erwachsenen dient dem Bedürfnis nach Nähe schon das Wissen um die Verfügbarkeit des Partners und nicht wie bei Kindern der körperliche Kontakt (Schmidt & Strauß 1997).

Berman & Sperling (1994) geben in diesem Zusammenhang eine Arbeitsdefinition von Bindung bei Erwachsenen:

„Adult attachment is the stable tendency of an individual to make substantial efforts to seek and maintain proximity to and contact with one or a few specific individuals who provide the subjective potential for physical and/or psychological safety and security. This stable tendency is regulated by internal working models of attachment, which are cognitive-affective-motivational schemata built from the individual's experience in his or her interpersonal world” (S.8).

Bei den Methoden zur Erfassung von Bindung im Erwachsenenalter gibt es unterschiedliche Ansätze. Es stehen Interview- und Fragebogenverfahren zur Auswahl. Ebenso lassen sich dimensionale vs. konfigurative/prototypenbezogene Ansätze unterscheiden. Als wichtigste Interviewmethode sei das von George, Kaplan & Main (1985) entwickelte „Adult Attachment Interview“ (AAI) zu nennen. Relevant ist dabei die sprachliche Kohärenz (in welcher Art und Weise etwas erzählt wird) und weniger der Inhalt des Gesagten. Es fanden sich ähnliche

Bindungsrepräsentationen wie bei Kindern: die sicher-autonome, die unsicher-distanzierte, die unsicher-verstrickte und die Bindungsrepräsentation unverarbeitet/traumatisiert.

### **3.2.5 Stabilität von Bindungen**

Bowlby (1984) vermutete das die erworbenen Bindungsmuster stabil bleiben und sich nur schwer ändern lassen.

In großen Längsschnittstudien konnte gezeigt werden, dass die erworbenen Bindungsstile während der Kindheit weitgehend stabil sind und auch während des Jugendalters noch nachgewiesen werden können. Bindungsmuster können sich jedoch auch verändern, abhängig von lebensgeschichtlichen Ereignissen. Dies bedeutet, dass sowohl Kontinuität als auch Diskontinuität in der Bindungsforschung nachgewiesen werden konnten. Bei Kindern zwischen 12 und 18 Monaten konnte einerseits eine 80%ige Stabilität der Bindungsmuster festgestellt werden (Main & Weston 1981), in anderen Studien über denselben Zeitraum wurde jedoch auch eine Diskontinuität festgestellt. So wechselte das Bindungsmuster von unsicher zu sicher, wenn sich die Lebensbedingungen der Eltern veränderten (Egeland & Faber 1984). Bei 80% der Kinder konnte vom 1. bis zum 6. Lebensjahr eine Stabilität der Bindungsmuster nachgewiesen werden (Main & Cassidy 1988, Wartner et al. 1994). Bis zum 10. Lebensjahr gab es noch Stabilitäten bis zu 80% und zwischen 10 und 16 Jahren konnte ebenfalls eine Kontinuität nachgewiesen werden (Zimmermann 1995). Bei den Bindungsqualitäten zwischen dem Kleinkindalter und dem 16. bzw. 22. Lebensjahr sind die Ergebnisse widersprüchlich.

Bei 16 jährigen der Bielefelder Längsschnittstudie konnte kein Zusammenhang zwischen Bindungsverhalten im Kleinkindalter und Bindungsrepräsentation im Jugendalter festgestellt werden, es fand sich aber ein starker Einfluss von Risikofaktoren (Zimmermann et al. 1999). Grossmann & Grossmann (2000) zeigten in einer Längsschnittstudie, bei der Personen bis zum 22. Lebensjahr untersucht wurden, keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem kindlichen Bindungsmuster und der erwachsenen Bindungsrepräsentation.

Hamilton (2000) oder auch Waters et al. (2000) zeigten wiederum in Längsschnittstudien eine Stabilität der Bindungsqualität bis ins frühe Erwachsenenalter.

### **3.2.6 Klinische Relevanz der Bindungstheorie**

Mit Hilfe der Bindungstheorie wird unter anderem versucht, klinische Symptome und Psychopathologie zu erklären. Sie bietet somit ein Entwicklungsmodell für psychosomatische und psychische Krankheiten und eine Grundlage für psychotherapeutisches Vorgehen. Es ist davon auszugehen, „dass eine unsichere Bindung die Vulnerabilität für die Entwicklung psychopathologischer Störungen – Bowlby spricht diesbezüglich von Entwicklungsfehlverläufen – erhöht“ (Strauß & Schmidt 1997). Eine unsichere Bindung stellt aber keine notwendige Bedingung für eine psychische Störung dar, jedoch zeigt sich die Häufung einer unsicheren Bindung in zahlreichen klinischen Populationen. Dies zeigen besonders zwei große Meta Analysen von Patienten mit psychischen und psychiatrischen Störungen, bei denen 83,5% bzw. 87,5% der Patienten einen unsicheren Bindungsstil aufwiesen (Dozier et al. 1999, Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg 1996).

### **3.2.7 Zusammenhang zwischen der Haut und dem Bindungssystem**

Die Haut steht als Zone mit besonderer Sensibilität im Mittelpunkt des Gefühlsaustausches zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen. Durch den Hautkontakt, besonders mit der Mutter, die ihr Kind bei der täglichen Pflege drückt und liebkost oder es beim Stillen in ihren Armen hält, und aus dem Empfinden des Kindes bildet sich die grundlegende Möglichkeit der Kommunikation, seine erste Sprache (Montagu 1971). Das Kind erfährt mit Hilfe der Haut, ob es geliebt oder abgelehnt wird. Selbstsicherheit und Selbstvertrauen des Kindes entstehen im Wesentlichen dadurch, dass über den Hautkontakt die Nähe- und Distanzbedürfnisse des Kindes empathisch befriedigt werden. In frühester Kindheit, in der sich das Bindungssystem entwickelt, sind die Berührung und der Hautkontakt eine wichtige Form der Zuneigung.

Die Bindung im Erwachsenenalter äußert sich in einer anderen Form als bei Kindern (Weiss 1982). In partnerschaftlichen Beziehungen sind die Systeme „Bindung“, „Fürsorge“ und „Sexualität“ eng miteinander verbunden (Hazan & Shaver 1994).

Das Gefühl von Geborgenheit und Nähe spielt auch im Erwachsenenalter eine große Rolle. Der Händedruck bei der Begrüßung, die Umarmung unter Freunden oder ein Kuss zwischen Liebenden drückt aus, in welchem Verhältnis sie zueinander stehen. Die Berührung ist ein wichtiger Teil der Anziehungskraft zwischen beiden Geschlechtern. Das gegenseitige Spüren von Körperwärme, das Streicheln, das Anschmiegen gehören zur Steigerung der Lust. Berührung ist die unentbehrliche Voraussetzung für das Erleben von Sexualität.

Sichtbare Hautveränderungen wie z.B. Schuppenbildung führen häufig zu stigmatisierenden Reaktionen des sozialen Umfeldes, was sich in Form von Abneigung bis hin zum Ekel äußert (Schmidt-Ott 1999). Dadurch wird auch die Berührung zwischen den Personen und die damit zusammenhängende Geborgenheit und Nähe eingeschränkt.

### **3.3 Körpererfahrung**

#### **3.3.1 Historische Betrachtung von Körperschema und Körperbild**

Die theoretischen Konzepte der Körpererfahrung umfassen zwei wesentliche Ansätze. Zum einen den Begriff des „Körperschemas“ (Pick 1908), der den wahrnehmungspsychologischen Ansatz beschreibt. Zum anderen den persönlichkeitspsychologischen Ansatz, der durch den von Schilder (1923) eingeführten Begriff „Körperbild“ repräsentiert wird. Tabelle 2 zeigt die Systematik dieser zwei Konzepte.

In Forschungsarbeiten von Head (1920, 1926), Head & Holmes (1911) und Schilder (1935) werden die beiden Forschungsansätze deutlich. Durch Shontz (1969), Fisher (1970, 1986), Fisher & Cleveland (1958, 1968) und Secord & Jourard (1953) wurden die Forschungen entscheidend weiterentwickelt.

*Tab. 2: Theoretische Konzepte zur Körpererfahrung*

<b>A. KÖRPERSHEMA</b>	<b>Wahrnehmungspsychologischer Ansatz</b>  Repräsentanz der Teile und Grenzen des Körpers in der Wahrnehmung einer Person
<b>B. KÖRPERBILD (body image)</b>	<b>Persönlichkeitspsychologischer Ansatz</b>
<b>a) Körperbewusstsein (body awareness)</b>	Bewusste, verbale Repräsentation einzelner Körpermerkmale
<b>b) Körperbegrenzung (body boundary)</b>	Erleben der Körpergrenzen
<b>c) Körperkathexis (body cathexis)</b>	Grad der Befriedigung mit dem Körper und einzelnen Körperteilen
<b>d) Körpererleben (body experience)</b>	Bewusste Erfahrung und Beurteilung des Körpers als Ganzes

Ihren Anfang nahm die Forschung zur Körpererfahrung in der klinischen Neurologie, zunächst begrenzt auf den Aspekt der Körperwahrnehmung. Ausgangspunkt waren Fallberichte von Patienten mit Phantomglied-Empfindungen, mit Autotopagnosie (Patienten die nicht in der Lage sind Teile ihres Körpers adäquat zu lokalisieren und zu benennen) und Patienten mit Anosognosie (Patienten die den Verlust von Körperfunktionen oder Körperleistungen nicht wahr haben wollen) (Pick 1908, 1915, 1922). Für Pick ist die Körperwahrnehmung ein visuelles Wahrnehmungsbild, das sich aus sensorischen Repräsentanzen entwickelt. Head (1926) entwickelte dieses Konzept weiter und betrachtete die Körperwahrnehmung als Produkt kortikaler Aktivität, welches mit aktuellen afferenten Informationen in Beziehung gesetzt wird.

Schilder (1935) übernahm den neurophysiologischen Ansatz und verknüpfte diesen mit psychologischen Dimensionen, welche Interaktionen mit anderen Individuen und Reflexion von Wünschen und Emotionen einschließt, und prägte damit den Begriff des Körperbildes („body-image“).

Shontz (1969) kritisierte diese Definition von Schilder als zu unpräzise. Sie behindere weitere Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Körpererfahrung, da sich durch Schilders neue Definition eine Vielzahl von Phänomenen subsummieren lassen. Aus diesem Grund differenzierte Shontz zwischen „Körperbild“ (body image) und „Körperschema“ (body scheme), und trennte somit die wahrnehmungspsychologische von der persönlichkeitspsychologischen Betrachtungsweise.

Letztere zeichnet sich durch eine Vielzahl verschiedener Konzepte aus (siehe Tab.2), welche von Fisher & Cleveland (1958, 1968) und Secord & Jourard (1953) eingeführt wurden. Dem Konzept des Körpererlebens ist der Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK) zuzuordnen (Strauß & Appelt 1983), welcher bei der folgenden Fragebogenerhebung verwendet wurde.

Beeinträchtigungen der Körperwahrnehmung und des Körpererlebens spielen bei somatischen und bei psychischen Erkrankungen (z.B. Somatoformen Störungen, Schizophrenien, Essstörungen) eine wesentliche Rolle (Cash & Deagle 1997, Thompson et al. 1999). Eine positive Körpererfahrung hingegen kann zur Steigerung des Selbstwertgefühls sowie zur Förderung des subjektiven Wohlbefindens und der Gesundheit beitragen (Mendelson et al. 1995, Stowers & Durm 1996).

### **3.3.2 Körperbild und KDS**

Die Adoleszenz ist eine Phase der Übergänge und der Neuorientierung. Das Körperbild der Jugendlichen muss während der körperlichen Reifung neu angepasst werden. Im Vordergrund steht in dieser Zeit die Auseinandersetzung mit den Themen wer sie wirklich sind oder wie sie von anderen gesehen werden. Die Jugendlichen stellen sich selbst in den Mittelpunkt, was zu übertriebener Selbstkritik bis hin zu Selbstabwertung führen kann. Das Jugendalter wird häufig als eine Phase gesteigerter Selbstwahrnehmung angesehen (Oerter 1982). Die Ereignisse während dieser Zeit können einen großen Einfluss auf das Selbstkonzept von Jugendlichen haben.

Das Körperbild ist ein wichtiger Teil des Selbstkonzeptes. Zunächst wird der Körper über die Sinne wahrgenommen und in Gedanken gefasst. Diese Gedanken lösen Gefühle aus, wobei negative Gedanken auch negative Gefühle auslösen. Das Körperbild beschreibt das innere, vorgestellte Bild des eigenen Körpers, die Gefühle, die Verhaltensweisen und Einstellungen zu ihm. Jedoch gibt es häufig eine Diskrepanz zwischen anatomischer Beschaffenheit und Körperbild, was zu einer Störung des Körpererlebens führen kann. In verschiedenen Studien konnte aufgezeigt werden, dass junge Frauen beim Ansehen von Zeitschriften, in denen schlanke Frauen abgebildet waren, in eine negative Stimmung verfielen. Beim betrachten von einem Schönheitsmagazin gaben 70% der Frauen an, sich nach kurzer Zeit deprimiert zu fühlen. „Dadurch wurden sie unzufrieden mit ihrem Körper und nahmen etwaige Mängel stärker wahr als vorher. Die schlechte Stimmung hat sich damit auch negativ auf das eigene Körperbild ausgewirkt“ Kulbartz-Klatt et al. (1999, zit. nach Legenbauer & Vocks 2005). Die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper stellt folglich einen wichtigen Faktor für allgemeines Wohlbefinden dar. Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper bzw. die Angst hässlich zu sein kann dann zur Entwicklung einer Körperdysmorphen Störung führen.

### **3.3.3 Haut und Körpererleben**

Schon Freud schrieb 1923: „Der eigene Körper und vor allem die Oberfläche desselben ist ein Ort, von dem gleichzeitig äußere und innere Wahrnehmungen ausgehen können. Er wird wie ein anderes Objekt gesehen, ergibt aber dem Getast zweierlei Empfindungen, von denen die eine einer inneren Wahrnehmung gleichkommen kann.“

Die Haut ist mit rund 2 m<sup>2</sup> von der Größe her betrachtet unser größtes Sinnesorgan. Zahlreiche Tast-, Temperatur- und Schmerzrezeptoren ermöglichen das Erleben und Erfühlen

unserer Umwelt. Die Haut zählt zu einem der wichtigsten Kommunikationssysteme des Menschen mit seiner Umwelt.

Die Zusammenhänge zwischen Haut und Seele sind schon seit dem Altertum bekannt. Sowohl die Haut, als auch das Gehirn, welches für die psychischen Vorgänge das wichtigste Organ des Menschen ist, entstehen aus demselben Keimblatt, dem Ektoderm, und sind somit eng verbunden. Aus diesem Grund wird die Haut oft als „Spiegel der Seele“ bezeichnet. Dies zeigt sich schon bei alltäglichen Situationen – man bekommt vor Schreck eine Gänsehaut oder wird rot vor Scham. Die Haut ist folglich ein psychisches Reaktionsorgan.

Einerseits können sich somatische Veränderungen auf die Persönlichkeit auswirken (z.B. können Unfallnarben im Gesicht zu einer Entstellungssymptomatik führen) (Bosse & Hünecke 1980), andererseits können sich intrapsychische Prozesse an der Körperoberfläche manifestieren (Rechenberger 1976).

Die Haut kann die Repräsentanz des inneren Erlebens darstellen. Borelli (1967) beschreibt die Entwicklung von Blasen unter Hypnose und Suggestion. Bekannt ist ebenfalls der Einfluss von Stress bei kreisrundem Haarausfall (Perini & Bettin 1983) und bei Herpes simplex (Teshima et al. 1983).

Anhand einiger Beispiele sollen die Unterschiede in der Wahrnehmung des Körperbildes durch Hautveränderungen dargestellt werden.

Bei männlichen Patienten mit Akne vulgaris fand Welp (1988) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, dass diese Patienten sich geringfügig unsicherer und weniger attraktiv fühlten und mehr auf ihren Körper achteten. Es vollzieht sich eine Änderung im Körperbild ohne Veränderung der Persönlichkeit (Studt et al. 1984) und es zeigen sich individuelle Verarbeitungsunterschiede. Einige haben trotz starker Ausprägungen keinerlei Leidensdruck, andere haben bei minimalen Veränderungen starke Persönlichkeitsstörungen (Körperdysmorphie Störung).

Patienten mit endogenem Ekzem erleben ihre Haut als nicht zum eigenen Selbst gehörend. Die eigene Körperoberfläche wird ausgegrenzt und wird mechanisch behandelt. Wenn eine Angstausslösende Situation vermieden werden kann, lässt das typische Merkmal des endogenen Ekzems, der Juckreiz, sofort nach. Auch hier stellt oft die Haut das eigene Körpererleben dar (Gieler 1986).

Bei Psoriatikern zeigten Farber & Cox (1971), dass bei Stress und seelischer Belastung neue Schübe auftreten.



Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Haut eines der wichtigsten psychosomatischen Organe ist und Veränderungen intrapsychischer Strukturen und des Körpererlebens offen darstellen kann.

### **3.3.4 Bindung und Körperbild**

Das Feedback über die äußere Erscheinung, welches man in der Kindheit und im Erwachsenenalter bekommt, hat einen großen Einfluss auf die Ausbildung des Körperbildes. Hänseleien, Kritik oder Vergleiche mit anderen können einen nachhaltigen Einfluss auf das Körperbild hinterlassen (Cash et al. 2004). Kinder mit einer verantwortungsvollen, zuverlässigen, und liebevollen Bezugsperson entwickeln ein Selbstbild von einer Person, welcher Liebe und Aufmerksamkeit gebührt und ein Modell von liebevollen anderen Personen. Wenn Kinder jedoch nie diese Erfahrungen gemacht haben und immer zurückgewiesen wurden, entwickeln sie ein Selbstbild von einer nicht liebenswerten Person und auch ein nicht liebenswertes Modell von anderen Personen. Als Erwachsene erwarten diese Personen nicht, dass ihnen wichtige und nahe stehende Personen bei Problemen hilfreich sind, und entwickeln Strategien um mit ihrem Kummer allein fertig zu werden. Bei diesen unsicher gebundenen Individuen könnte die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper mit ihrem verminderten Selbstwertgefühl, und den größeren Erwartungen von anderen abgelehnt zu werden, verbunden sein. Aus diesem Grund versuchen diese Personen in besonderem Maße von anderen akzeptiert zu werden, reagieren besonders sensibel auf die von der Gesellschaft vermittelten körperlichen Ideale und versuchen auf diesem Weg Akzeptanz zu erhalten (Troisi et al. 2006).

Bisher gibt es nur wenig Forschung zum Zusammenhang zwischen Bindungsstilen und dem Körpererleben. Nezlek (1999) fand, dass die Beziehungen von Personen mit einem positiven Körperbild intimer waren und diese sich sicherer fühlten. Sharpe et al. (1998) untersuchten Gewichtsprobleme bei Frauen. Dabei zeigte sich, dass unsicher gebundene Frauen sich mehr mit ihrem Gewicht und der Körperform beschäftigten als die sicher gebundenen. Evans & Wertheim (1998) zeigten, dass ein unsicherer Bindungsstil in Zusammenhang mit einer größeren Unzufriedenheit des eigenen Körpers und Schlankheitswahn stand. Diverse Studien an Patienten mit Essstörungen, die offensichtlich eine Störung des Körperbildes haben, weisen einen unsicheren Bindungsstil auf (Ward et al. 2000, Friedberg & Lyddon 1996, Troisi et al. 2006). Es zeigt sich, dass ein sicherer Bindungsstil mit einem positiveren Körperbild einhergeht als ein unsicherer Bindungstyp.

### **3.4 Motivation zu psychotherapeutischer Beratung bei dermatologischen Patienten**

Psychische Probleme sind bei einem Großteil dermatologischer Patienten behandlungsbedürftig. Die somatischen, emotionalen und sozialen Auswirkungen dermatologischer Erkrankungen können zu erheblichen Belastungen führen. Die Prävalenz psychologischer Faktoren bei Hautkrankheiten liegt relativ hoch. Wessley & Lewis (1989) fanden in einem Interview mit 176 Patienten einer dermatologischen Ambulanz bei 30% psychiatrische Störungen infolge der Hautkrankheit. Picardi et al. (2000) fanden in einer Studie bei 25,2% der 2.500 ambulanten dermatologischen Patienten eine psychische Störung. Bei den stationären dermatologischen Patienten ergaben sich Hinweise auf erhöhte psychische Belastungen bei 28% (Schaller et al. 1998) bis 31% (Windemuth et al. 1999) der Patienten.

Betroffene sind jedoch mehr an der somatischen Behandlung interessiert als an der Psychotherapie (Stangier 2002). Die Motivation zu psychotherapeutischer Beratung hängt stark vom Leidensdruck des Betroffenen ab und von der Hoffnung, am Ende eine positive Veränderung zu erleben (Veith 1997). Ebenso wichtig sind die Erwartungen und Erfahrungen hinsichtlich der Wirksamkeit von Psychotherapie (Schneider 1990). Ein weiterer Einflussfaktor sind Kontrollüberzeugungen. Internale Kontrollüberzeugungen (Krankheit/Gesundheit wird durch das eigene Verhalten beeinflusst) unterscheidet man laut dem Health-Locus-of-Control-Ansatz (Wallston & Wallston 1981) von den externalen Kontrollüberzeugungen (Krankheit wird von außen bestimmt bzw. vom Schicksal abhängig wahrgenommen).

Eine entscheidende Rolle bezüglich der psychiatrischen Behandlungsmotivation spielt der behandelnde Arzt. Er kann den Patienten zu Symptomen, deren Ursachen, Folgen und Verlauf der Krankheit aufklären und ihn eventuell zu einer psychotherapeutischen Beratung bewegen. Diese setzt allerdings die Kooperation des Patienten voraus. Stationäre Patienten weisen insgesamt eine günstigere Psychotherapiemotivation als ambulante Patienten auf (Schneider et al. 1993).

Zur Erfassung der Veränderungsstadien und der Veränderungsmotivation von Patienten entwickelten Prochaska et al. (1992) auf der Grundlage des Transtheoretischen Modells (Prochaska & DiClemente 1982) ein Modell der Veränderungsstadien. Mit Hilfe dieser Stadien ist es möglich, die Veränderungsmotivation des Patienten und die Motivation zu psychotherapeutischer Beratung zu erfassen.

### 3.4.1 Das Transtheoretische Modell (TTM)

Das Transtheoretische Modell von Prochaska und DiClemente (1982, 1983) ist ein Phasenmodell und beschreibt die Bereitschaft zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung in Hinblick auf ein konkret definiertes Problemverhalten. Im Mittelpunkt stehen die jeweiligen Entscheidungsprozesse des Individuums. Es besitzt vor allem in den USA, Australien und Großbritannien große Popularität.

Es werden sechs *Veränderungsstadien* („Stages of Change“) unterschieden, welche von einem Individuum auf dem Weg zu einer dauerhaften Verhaltensänderung durchlaufen werden. In Abhängigkeit von diesen Stadien benutzen die Menschen zehn *Verhaltensstrategien* („Processes of Change“), um ihre Erfahrungen, sich selbst oder ihre Umwelt zu modifizieren. Schließlich werden noch fünf *Verhaltensebenen* („Levels of Change“) definiert, auf denen individuelle Veränderungen eine Auswirkung zeigen können.

Zwei weitere Konstrukte, die *Selbstwirksamkeitserwartung* („self-efficacy“, Bandura 1977) und die *Entscheidungsbalance* („decisional balance“, Janis & Mann 1977) wurden später noch in das Transtheoretische Modell eingegliedert und als abhängige Variablen betrachtet. Diese zwei Variablen spielen im Prozess der Einstellungs- und Verhaltensänderung eine wichtige Rolle. Eine detaillierte Modellbeschreibung findet man bei Prochaska & DiClemente (1984).

### 3.4.2 Das Konzept der „Stages of Change“ (SoC)

Die SoC ist derjenige Bestandteil des TTM, dem am meisten Aufmerksamkeit zuteil wurde. Prochaska & DiClemente (1982) identifizierten zunächst fünf Veränderungsphasen, in späteren Arbeiten beschreiben sie eine sechste und „höchste“ Phase, die sich jedoch bislang nur im Bereich der Raucherentwöhnung bewährt hat (Prochaska et al. 1996).

*Precontemplation* (fehlende Problembewusstheit) ist die erste der sechs Phasen. Das Problem wird von den Personen nicht wahrgenommen, sie verleugnen dieses oder wollen nicht darüber nachdenken. Sie haben keine Absicht ihr Verhalten und ihre Überzeugungen in absehbarer Zeit zu ändern. Starker Druck führt in dieser Phase zu einer Art Trotzreaktion in welcher der Betroffene oft noch weniger bereit ist, sein Verhalten zu verändern (Keller et al. 1999).

*Contemplation* (Nachdenklichkeit) ist die Phase in der sich der Betroffene seines Problems bewusst wird und dessen Bedeutung für die Krankheit wahrnimmt. Es kommt zur aktiven

Auseinandersetzung mit dem Problem, der Betroffene denkt ernsthaft über Veränderungen in absehbarer Zeit nach, jedoch kommt es zu keiner konkreten Verhaltensänderung.

*Preparation* (Vorbereitung) ist die Phase der Handlungsintention nach Veränderung des Verhaltens innerhalb sehr kurzer Zeit. Betroffene zeigten teilweise auch erste erfolglose Versuche innerhalb des letzten Jahres.

*Action* (Handlung) ist wie der Name schon sagt die Phase der aktiven Verhaltensänderung. Um ihr Problem zu lösen strukturieren die Betroffenen ihr Verhalten, ihre Erfahrungen und ihre Umwelt neu, und versuchen problematisches Verhalten abzubauen. Sie gilt als die aktivste Phase und erfordert viel Aufwand an Zeit und Energie.

*Maintenance* (Aufrechterhaltung) ist das Stadium der Stabilisierung einer bereits erfolgten Verhaltensänderung. Ziel ist es, einen Rückfall zu verhindern. Die Anwendung der erlernten Fähigkeiten und Strategien werden zur Routine.

*Termination* ist die letzte der sechs Phasen. Die Betroffenen haben ihr Problemverhalten ganz aufgegeben, das Problem existiert nicht mehr. Die Versuchung, das alte Verhalten wieder aufzunehmen, liegt bei 0%.

### **3.5 Fragestellung und Hypothesen der Arbeit**

#### **Fragestellung 1: Wie hoch ist das Vorkommen körperdysmorpher Symptome bei stationären und ambulanten dermatologischen Patienten?**

Schwerpunkt der Arbeit ist die Frage, wie häufig die Körperdysmorphie Störung bei dermatologischen Patienten auftritt. Studien zeigen eine erhöhte Prävalenz ambulanter dermatologischer Patienten (Stangier & Gieler 1998: 8,7%, Phillips et al. 2000: 11,9%) gegenüber der Allgemeinbevölkerung (Stangier et al. 2005: 0,9%, Rief et al. 2005: 1,7%). Untersuchungen zur KDS bei stationären Patienten ließen sich nicht finden.

Eine weitere wichtige Frage ist die nach dem Vorkommen einer subklinischen KDS. Diese wurde bislang erst in wenigen Studien untersucht (Altmatura et al. 2001, Ritter 2005). Altmatura et al. fanden in einer Studie von 2001 eine höhere Prävalenz für die subklinische als für die klinische KDS. Daraus resultiert für die vorliegende Arbeit folgende Hypothese:

#### ***Hypothese 1:***

*Ambulante dermatologische Patienten weisen im Vergleich zu den stationären Patienten und im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung signifikant häufiger körperdysmorphe Symptome auf. Patienten mit subklinischer körperdysmorpher Symptomatik kommen signifikant häufiger vor als Patienten mit klinisch relevanter körperdysmorpher Symptomatik.*

#### **Fragestellung 2: Gibt es einen Zusammenhang zwischen soziodemographischen Variablen und dem Vorkommen körperdysmorpher Symptome?**

Die Störung manifestiert sich vielfach in der Pubertät bzw. Adoleszenz, durchschnittlich im Alter von 16,9 Jahren mit einer mittleren Krankheitsdauer von 15,5 Jahren (Phillips et al. 2001). Das Durchschnittsalter der KDS Patienten wird mit 33 Jahren angegeben (Phillips et al. 2001, 2006). Daher ist anzunehmen, dass auch in der vorliegenden Studie signifikant mehr jüngere Patienten eine körperdysmorphie Störung aufweisen. Es ist ebenfalls davon auszugehen, dass Patienten, die in einem körperorientierten Beruf (Kosmetikerin, Friseur etc.) arbeiten, eine erhöhte Wahrscheinlichkeit haben an KDS zu erkranken, da diese vermutlich sehr auf ihr Äußeres achten. KDS Patienten isolieren sich zunehmend von der Gesellschaft

und leben alleine. Es wird in klinischen Studien von 66-85% der Patienten berichtet, nicht verheiratet oder geschieden zu sein (Cotterill 1996, Phillips et al. 2001, 2006).

### ***Hypothese 2:***

*Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen soziodemographischen Variablen und dem Vorkommen körperdysmorpher Symptome.*

*Patienten mit körperdysmorpher Symptomatik:*

- *sind junge Patienten,*
- *leben ohne einen Partner,*
- *haben einen hohen Bildungsstand,*
- *arbeiten in einem Körperorientierten Beruf.*

### **Fragestellung 3:**

**Gibt es Unterschiede in der Bindungsrepräsentation (sicher, unsicher) innerhalb klinischer Stichproben?**

**3.1 Inwieweit unterscheiden sich die Verteilungen der Bindungsstile (vermeidend verschlossen, bedingt sicher, sicher, ambivalent-anklammernd, ambivalent verschlossen) bei ambulanten Patienten einer dermatologischen Klinik, stationären Patienten bzw. Patienten einer dermatologischen Praxis?**

**3.2 Gibt es Unterschiede in der Bindungsrepräsentation bei Patienten mit KDS, mit subklinischer KDS bzw. ohne KDS?**

Zahlreiche Studien belegen, dass die unsichere Bindungsrepräsentation bei psychisch Kranken signifikant häufiger vorkommt als in Stichproben an gesunden Individuen bzw. der Durchschnittsbevölkerung. Untersuchungen dazu führten unter anderem Troisi et al. (2006) an 96 Patientinnen mit Essstörungen durch. Sie machten deutlich, dass die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper sehr stark mit einer unsicheren Bindung korreliert. Zwei Meta Analysen von Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg (1996) sowie Dozier et al. (1999) zeigen eine Übersicht über Studien von psychisch Kranken, bei denen nur 16,5% bzw. 12,5% der Patienten eine sichere Bindungsrepräsentation aufwiesen. Eine Studie von Waller et al. (2004) an 57 Patienten mit somatoformen Störungen ergab bei nur 25,7% eine sichere Bindung. Bei einer nichtklinischen Kontrollgruppe war die sichere Bindung bei 60% der Personen vertreten.

Untersuchungen zur Bindungsrepräsentation bei Patienten mit körperdysmorpher Symptomatik sind spärlich. Eine Untersuchung an 74 Frauen mit Alopezie zeigt, dass auch in dieser Untersuchung die unsichere Bindungsrepräsentation eindeutig überwiegt (Schmidt 2003).

Es ist bekannt, dass zahlreiche dermatologische Krankheiten mit psychischen Faktoren assoziiert sind. Ein erheblicher Anteil dermatologischer Patienten weist Symptome und Beschwerden auf, die nicht durch einen dermatologischen Befund erklärt werden können, sondern vielmehr auf eine psychische Störung zurückgeführt werden müssen (Stangier et al 2003a). Die zwei oben genannten Meta Analysen zeigen, dass psychische Störungen häufig mit einer unsicheren Bindungsrepräsentation assoziiert sind. Es ist deshalb zu erwarten, dass auch bei der vorliegenden Untersuchung nur ein geringer Teil der Patienten einen sicheren Bindungsstil aufweist.

### ***Hypothese 3.1***

*Es zeigen sich signifikante Unterschiede in der Bindungsrepräsentation zwischen ambulanten Patienten einer dermatologischen Klinik, stationären Patienten bzw. Patienten einer dermatologischen Praxis.*

### ***Hypothese 3.2***

*Patienten ohne körperdysmorphe Symptomatik weisen signifikant häufiger ein sicheres Bindungsmuster auf als Patienten mit klinischer und subklinischer körperdysmorpher Symptomatik.*

## **Fragestellung 4: Unterscheiden sich dermatologische Patienten mit subklinischer bzw. klinischer KDS in ihrer sozialen Anpassung gegenüber Patienten ohne körperdysmorphe Symptomatik?**

Die zwanghafte Beschäftigung mit dem vermeintlichen Makel im äußeren Erscheinungsbild kann zu sozialen, beruflichen und partnerschaftlichen Einschränkungen führen (vgl. Kap. 2.1.2). Dies kann nicht selten zu sozialem Rückzug und Isolation führen (Beawman-Mintzer et al. 1997). Patienten mit körperdysmorpher Symptomatik zeigen hohe Komorbiditäten (16-43%) zu der sozialen Phobie (Veale et al. 1996, Phillips et al. 1993). Daher ist zu vermuten,

dass KDS Patienten eine geringere Fähigkeit zur sozialen Anpassung aufweisen als Patienten ohne körperdysmorphe Symptomatik.

***Hypothese 4:***

*Patienten mit klinischer bzw. subklinischer Ausprägung körperdysmorpher Symptomatik weisen signifikant geringere Mittelwerte in der Skala „Soziale Anpassung“ auf als Patienten ohne körperdysmorphe Symptomatik.*

**Fragestellung 5: Gibt es Unterschiede in der sozialen Anpassung bei dermatologischen Patienten in Abhängigkeit von der Bindungsrepräsentation (vermeidend-verschlossen, bedingt sicher, sicher, ambivalent-anklammernd bzw. ambivalent-verschlossen)?**

Einzelne Studien an Jugendlichen zeigen, dass ein enger Zusammenhang zwischen sicherer Bindung und weniger Hilflosigkeit bzw. Ängstlichkeit, weniger Rückzugsverhalten bei schwierigen Situationen und mehr Ich-Flexibilität steht (Kobak & Scerry 1988, Zimmermann & Grossmann 1997). Ognibene und Collins (1998) zeigten an einer Stichprobe von 80 jungen Erwachsenen, dass sicher gebundene Individuen eine größere soziale Unterstützung von nahestehenden Personen erfahren und diese in Stresssituationen auch eher suchen als Personen mit einer unsicheren Bindungsrepräsentation. Es ist zu vermuten, dass sicher gebundene Personen eher in der Lage sind Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen, da sie in ihrer Kindheit eine verantwortungsvolle, zuverlässige und liebevolle Bezugsperson an ihrer Seite hatten und in der Regel nur wenig Angst vor Zurückweisung haben. Es ist deshalb davon auszugehen, dass Patienten mit unsicherer Bindung eine geringere soziale Anpassung zeigen als diese mit sicherer Bindungsrepräsentation.

***Hypothese 5:***

*Patienten mit einer sicheren Bindungsrepräsentation weisen signifikant höhere Mittelwerte in der Skala „Soziale Anpassung“ auf als Patienten mit einer unsicheren Bindung.*



## **Fragestellung 6: Zeigt sich ein Zusammenhang zwischen körperdysmorphen Symptomen und dem Körpererleben?**

Das Hauptmerkmal der KDS ist die übermäßige Beschäftigung mit einem kleinen bzw. eingebildeten Makel im Erscheinungsbild, der subjektiv als entstellend bzw. hässlich erlebt wird. Es ist zu vermuten, dass ein kleiner Makel deshalb auch Einfluss auf das subjektive Körpererleben hat. Untersuchungen an Patientinnen mit anderer Körperwahrnehmungsstörung wie z.B. der Anorexie zeigten, dass diese im Vergleich zu normalgewichtigen Personen eine größere Unsicherheit/Missempfinden aufwiesen, ein niedrigeres Selbstvertrauen hatten und sich weniger attraktiv fanden (Woerner et al. 1989, Lehmkuhl et al. 1989). Aus diesem Grund sind auch in der vorliegenden Studie bei den Patienten Auffälligkeiten im Hinblick auf das Körpererleben zu erwarten und es ergibt sich folgende Hypothese:

### ***Hypothese 6:***

*Es zeigen sich signifikante Unterschiede im Körpererleben zwischen Patienten mit und Patienten ohne körperdysmorpher Symptomatik.*

*Bei Patienten mit klinischer und subklinischer körperdysmorpher Symptomatik finden sich im Vergleich zu Patienten ohne körperdysmorphe Symptomatik*

*signifikant höhere Werte in den Skalen* • „Akzentuierung des Erscheinungsbildes“,  
• „Unsicherheit/Besorgnis“,  
• „körperlich/sexuelles Missempfinden“ und  
*signifikant niedrigere Werte in der Skala* • „Attraktivität/Selbstvertrauen“.

## **Fragestellung 7: Weisen Patienten mit den verschiedenen Bindungsrepräsentationen Unterschiede im Körpererleben auf?**

Sicher gebundene Personen sind in der Regel zufriedener mit ihrem Körper und ihrem äußeren Erscheinungsbild. Sie zeigen, im Gegensatz zu Personen mit unsicherem Bindungsstil, keine überflüssigen Verhaltenweisen um ihr Aussehen zu verbessern (Cash et al. 2004). Einige Studien an Patienten mit Essstörungen, die vermutlich eine Störung des Körperbildes haben, weisen einen unsicheren Bindungsstil auf (Ward et al. 2000, Friedberg & Lyddon 1996). Ein sicherer Bindungsstil spiegelt ein eher positives Bild von sich selbst und anderen wider, und somit ein positives Körperbild.

Daher ist zu erwarten, dass Patienten mit einer unsicheren Bindungsrepräsentation ein negativeres Körperbild von sich selbst haben als sicher gebundene Personen.

***Hypothese 7:***

*Es zeigen sich signifikante Unterschiede im Körpererleben zwischen dermatologischen Patienten mit verschiedenen Bindungsrepräsentationen.*

*Bei sicher gebundenen Patienten finden sich im Vergleich zu den unsicher gebundenen signifikant niedrigere Werte in den Skalen*

- *„Akzentuierung des Erscheinungsbildes“,*
- *„Unsicherheit/Besorgnis“,*
- *„körperlich/sexuelles Missempfinden“ und*

*signifikant höhere Werte in der Skala*

- *„Attraktivität/Selbstvertrauen“.*

**Fragestellung 8: Wie groß ist die Motivation zu psychologischer Beratung bei Patienten mit subklinischer bzw. klinischer KDS im Gegensatz zu Patienten ohne körperdysmorphe Symptomatik?**

Patienten mit körperdysmorpher Symptomatik fordern häufig eine kosmetisch-chirurgische oder eine differentiell dermatologische Behandlung ein, obwohl diese nicht zur Besserung, sondern vielmals zu einer Verschlechterung und Chronifizierung der Symptomatik führt (vgl. Kap. 2.1.6). Eine psychotherapeutische Behandlung wird oftmals abgelehnt, denn die Betroffenen zeigen häufig nur eine geringe Einsicht in die Übertriebenheit ihrer Überzeugung, im Aussehen beeinträchtigt zu sein (Phillips et al. 1993, Eisen et al. 2004).

Eine psychotherapeutische Behandlung ist wichtig, da die Körperdysmorphie Störung in der Regel auch in Kombination mit anderen psychischen Störungen, wie z.B. einer Depression, auftritt. Es wird jedoch vermutet, dass Patienten mit körperdysmorpher Symptomatik aufgrund der geringen Einsicht der Krankheit einen geringen Bedarf an psychotherapeutischer Beratung aufweisen, und dass Patienten ohne KDS Mangels klinischer Beeinträchtigung den niedrigsten Bedarf an psychotherapeutischer Beratung haben.

**Hypothese 8:**

*Patienten mit subklinischer bzw. klinischer körperdysmorpher Symptomatik weisen eine signifikant geringere Motivation zu psychotherapeutischer Beratung auf als Patienten ohne körperdysmorphe Symptomatik.*

*Bei Patienten mit klinischer und subklinischer körperdysmorpher Symptomatik finden sich gegenüber Patienten ohne KDS*

- *signifikant niedrigere Mittelwerte in der Skala „Precontemplation“*
- *signifikant höhere Werte in der Skala „Contemplation“*
- *signifikant höhere Werte in der Skala „Action“*
- *signifikant höhere Werte in der Skala „Maintenance“.*

## **4 Methode**

### **4.1 Erhebungsinstrumente**

Im folgenden Abschnitt sind die einzelnen Teile des Fragebogens aufgestellt und erläutert, welcher den Untersuchungsteilnehmern vorgelegt wurde.

Es wurden dabei Erhebungsinstrumente zu den Bereichen "Körperdysmorphie Störung", "Bindung", „Soziale Aktivitäten", "Körperwahrnehmung" und "Psychologisches Beratungsangebot" verwendet, sowie soziodemographische Daten erfasst.

Vor jedem Fragebogen wurde eine Erklärung und Anweisung gegeben, wie der Fragebogen auszufüllen sei.

Zusätzlich erhielten die Patienten ein Informationsblatt, welches über das Ziel und den Zweck der Untersuchung informierte.

Ebenso wurden die Patienten über Anonymität aufgeklärt und mussten eine Einverständniserklärung unterschreiben, dass sie freiwillig an der Untersuchung teilnahmen.

Das Informationsblatt, die Einverständniserklärung sowie die Fragebögen können im Anhang A.1 bis A.8 eingesehen werden.

#### **4.1.1 Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ)**

Als Screeninginstrument für die Körperdysmorphie Störung fand der „Dysmorphic Concern Questionnaire“ (DCQ) Anwendung. Basierend auf dem "General Health Questionnaire" von Goldberg (1972) wurde der DCQ 1998 von Oosthuizen, Lambert und Castle entwickelt, später von Stangier & Janich (2003) übersetzt und evaluiert. Der DCQ war zum Zeitpunkt der Fragebogenerhebung das einzige deutschsprachige Screeninginstrument für Körperdysmorphie Störungen.

Der DCQ ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, bestehend aus 7 Items, welche auf einer Vierpunkte Skala (0= überhaupt nicht, 1= wie die meisten anderen Menschen, 2= mehr als andere Menschen, 3= sehr viel mehr als andere Menschen) beantwortet werden. Die Patienten müssen weiterhin auf einem Bild diejenigen Körperteile markieren, auf welche sich ihre Angaben beziehen, und auf einer Skala von 0 (gar nicht im Aussehen beeinträchtigt) bis 10 (extreme Beeinträchtigung des Aussehens) angeben, wie stark sie sich durch das angegebene Problem in ihrem Aussehen beeinträchtigt fühlen (siehe Anhang A.3).

Die Fragen beziehen sich auf das Körperäußere bzw. Körperfunktionen, ob Personen z.B. ein bestimmtes Körperteil für entstellt halten.

Zur Validierung diente eine von Stangier durchgeführte Studie an 156 ambulanten dermatologischen Patienten. Der Fragebogen weist auf eine hohe diskriminative Validität hin, da bei der Studie signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit KDS, entstellende und nichtentstellende Hautkrankheiten im DCQ festzustellen waren (Stangier et al. 2003).

Die Ergebnisse zeigten eine mittlere Korrelation mit depressiver Stimmung ( $r = .33$ ) und eine signifikant hohe Korrelation mit Zwangssymptomen ( $r = .74$ ). Dadurch konnte die konvergente Validität bestätigt werden. Mit Cronbachs  $\alpha = .85$  weist der DCQ auch eine zufrieden stellende interne Konsistenz auf.

Die höchste Sensitivität wurde bei einem Cutoff Wert von  $\geq 11$  festgestellt. Die Spezifität ist jedoch bei diesem Wert nur bei Patienten mit nichtentstellenden Hautkrankheiten gegeben. Dies bedeutet, dass einige Patienten positive Ergebnisse im DCQ erhalten, obwohl bei ihnen keine KDS vorliegt. Dieser Wert erscheint als geeignet, Patienten mit subklinischer KDS identifizieren zu können. Die größte Ausgewogenheit von Spezifität (bei 90,7 % von Patienten ohne KDS wurde eine korrekte Klassifikation erreicht) und Sensitivität (bei 72 % der Patienten mit KDS wurde eine korrekte Klassifikation erreicht) war bei einem Cutoff Wert von  $\geq 14$  zu finden (Stangier et al. 2003).

Der Fragebogen sollte nach Möglichkeit zusammen mit einer Fremdbeurteilungsskala eingesetzt werden, mit welcher der Arzt die Beeinträchtigung des Aussehens des Patienten einschätzt. Somit können die Patienten mit entstellenden Hautkrankheiten ermittelt werden, welche vorübergehend ähnliche Symptome wie KDS Patienten entwickeln können, allerdings keine Körperdysmorphie Störung haben. Auf diese Skala wurde jedoch in der vorliegenden Studie verzichtet, da diese nur eine subjektive Beurteilung des Aussehens darstellt und somit der Makel von verschiedenen Ärzten unterschiedlich eingeschätzt werden kann.

#### **4.1.2 Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE)**

Der „Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen“ von Höger und Buschkämper (2002) dient der Operationalisierung von Bindungsmustern Erwachsener. Er ist die Weiterentwicklung des „Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen“ (BFKE) (Höger 1999), dieser war jedoch nur für Psychotherapiepatienten geeignet. Um seinen Anwendungsbereich zu erweitern, wurden die Items auf die Partnerin/den Partner hin

umformuliert, da die Partnerbeziehung im Erwachsenenalter in der Regel die primäre Bindungsbeziehung darstellt.

Dieser Selbstbeurteilungsfragebogen besteht aus 30 Items, welche auf einer Antwortskala von 0 (trifft überhaupt nicht zu) bis 4 (trifft genau zu) beantwortet werden müssen. Die Items beziehen sich auf die Erwartungen an Partnerschaften.

Faktorenanalysen ergaben drei Skalen, „Öffnungsbereitschaft“, „Akzeptanzprobleme“ und „Zuwendungsbedürfnis“. Die „Öffnungsbereitschaft“ beinhaltet Items, welche die Fähigkeit sich seiner Partnerin/seinem Partner gegenüber öffnen zu können bzw. die Fähigkeit über seine eigenen Gefühle sprechen zu können, beschreiben. Items bezüglich der Erwartung vom Partner nicht akzeptiert zu werden bestimmen die Skala „Akzeptanzprobleme“. Bei der Skala „Zuwendungsbedürfnis“ bestimmen Items bezüglich des bewussten Wunsches nach Nähe und Zuwendung des Partners diese. Clusteranalysen anhand dieser drei Skalenwerte ergaben fünf Cluster, die als Bindungsmuster im Sinne der Bindungstheorie interpretierbar sind. Auch primäre und sekundäre Bindungsstrategien wurden identifiziert. Tabelle 3 zeigt die Werte der Skalen bei den verschiedenen Bindungsmustern.

*Tab. 3: Werte der drei Skalen des BFPE bei den verschiedenen Bindungsmustern*

<b>Bindungsmuster (Bindungsstrategie)</b>	<b>Öffnungs- bereitschaft</b>	<b>Akzeptanz- probleme</b>	<b>Zuwendungs- bedürfnis</b>
Vermeidend-verschlossen (sekundär- deaktivierende Strategie)	niedrige	mittel	niedrig
Bedingt-sicher (sekundär- deaktivierende Strategie)	hoch	niedrig	niedrig
Sicher (primäre Strategie)	hoch	mittel bis niedrig	hoch
Unsicher-ambivalent, anklammernder Typ (sekundär-hyperaktivierende Strategie)	mittel	hoch	hoch
Unsicher-ambivalent, verschlossener Typ (sekundär-hyperaktivierende Strategie)	sehr niedrig	hoch	hoch

Der BFPE weist eine zufrieden stellende interne Konsistenz auf. Die Reliabilitäten der Skalen liegen zwischen 0,77 und 0,89 (Akzeptanzprobleme:  $\alpha = 0,88$ , Öffnungsbereitschaft:  $\alpha = 0,89$ , Zuwendungsbedürfnis:  $\alpha = 0,77$ ). Zur Validierung wurde die Adult Attachment Scale (AAS) in einer deutschen Übersetzung eingesetzt. Die Ergebnisse einer gemeinsamen Faktorenanalyse des BFPE und des AAS stützt die Validität des BFPE. Dies gilt auch für die Ergebnisse der Clusteranalysen. Der Vergleich der mit den beiden Fragebögen gewonnenen

Cluster zeigt signifikante, inhaltlich erwartungsgemäße Zusammenhänge. Der bedingt-sichere Bindungsstil des BFPE wurde allerdings eindeutig dem sicheren AAS-Cluster zugeordnet, was jedoch nicht überraschend ist, da die BFPE-Dimension „Öffnungsbereitschaft“ im AAS keine Berücksichtigung findet. Es zeigte sich demnach, dass der BFPE ein geeigneter Fragebogen zur Erfassung der Bindungsrepräsentationen darstellt und wird aus diesem Grund in der vorliegenden Studie verwendet.

#### **4.1.3 Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS)**

Die „Social Adaptation Self-evaluation Scale“ ist ein Fragebogen zur Beurteilung sozialer Aktivitäten. Dieser wurde 1997 von Bosc et al. entwickelt und im Jahr 2003 von Stangier in die deutsche Version „Selbstbeurteilungsbogen zu sozialen Aktivitäten“ übersetzt. 20 Items werden auf einer Skala von 3 (maximale soziale Anpassung) bis 0 (minimale soziale Anpassung) von den Patienten bewertet. Die Items beziehen sich auf die Themen Arbeit, Hobbys, Beziehung zur Familie und zu außerfamiliären Gruppen, intellektuelle Interessen u.ä. Zur Validierung diente eine repräsentative Stichprobe von 4000 Probanden und 549 Patienten mit einer Major Depression. Die Hauptkomponentenanalyse ergab drei Faktoren (faktorielle Validität). Der erste Faktor (Sozialverhalten) erklärte 32% der gesamten Varianz, der zweite Faktor (Beziehung zur Familie/außerfamiliäre Gruppe) erklärte 8% und der dritte Faktor (intellektuelle Interessen, soziale Neugier) erklärte 5% der Gesamtvarianz. Die Interkorrelationen ( $r \geq .40$ , maximal  $r = .55$ ) zwischen den einzelnen Faktoren sind nicht redundant. Der SASS weist eine zufrieden stellende interne Konsistenz auf (Cronbachs  $\alpha = .74$ ).

Durch die Bildung des Summenwertes der Einzelantworten kann ein Wert zwischen 0 und 60 Punkten erreicht werden. Clusteranalysen ergaben fünf Cluster von einem Summenwert von 49 (perfekt angepasste Person) bis zu einem Summenwert von 22 (sozial entfremdete Person). Bei Werten  $\leq 35$  ist von einer beeinträchtigten sozialen Aktivität auszugehen, bei Werten  $\leq 25$  von einer deutlich beeinträchtigten sozialen Aktivität.

Die SASS ist ein valides, reliables und sensibles Messinstrument zur Erfassung der Veränderung der sozialen Anpassung.

#### **4.1.4 Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK)**

Zur Beurteilung des Körpererlebens wurde die weiterentwickelte Fassung den „Dimensionen des Körpererlebens“ von Cormann und Holtschopen (1978), der „Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers“ (Strauß & Appelt 1996) eingesetzt.

52 Items werden mit den dichotomen Antwortmöglichkeiten "stimmt" bzw. "stimmt nicht" beantwortet. Die Items beziehen sich auf Themen bezüglich der Bedeutung von Mängeln einzelner Körpermerkmale; der Aufmerksamkeit, dem Bewusstsein und der Einstellung gegenüber dem Körper; der Identifikation mit dem Körper; der Attribuierung bezüglich Attraktivität und der Bedeutung der Körperpflege.

Zur Auswertung des Fragebogens stehen zwei Möglichkeiten zur Verfügung. Zum einen das Drei-Skalen-Modell und andererseits das Vier-Skalen-Modell. Das Drei-Skalen-Modell beinhaltet die Skalen „Unsicherheit/Missempfinden“, „Attraktivität/Selbstvertrauen“ und „Akzentuierung des Körpers/Sensibilität“. Im Vier-Skalen-Modell werden die eben genannten durch die Skala „körperlich-sexuelles Missempfinden“ ergänzt. Bei letzterem gehen 6 der 52 Items nicht in die Auswertung ein.

Das Drei – Skalen – Modell wurde 1982 nach einer Befragung von 527 Frauen und Männern gebildet, jedoch zeigten nachfolgende Studien, dass eine der 3 Skalen nur in geringem Maß geeignet war, verschiedene Gruppen zu diskriminieren. Aufgrund dessen kam es 1993 zu einer Re-Analyse an 1086 Studentinnen und Studenten im Rahmen einer Studie zum sexuellen Missbrauch, nach welcher die Vier-Faktorenlösung entwickelt wurde.

Die Retest-Reliabilitäten (für Intervalle von 4 Wochen) liegen für die Skalen zwischen  $r = .67$  und  $r = .84$ , die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) liegen zwischen  $\alpha = .69$  und  $\alpha = .85$ . Viele Studien belegen die konkurrente bzw. divergente Validität zu anderen Fragebögen und zeigen, dass der Fragebogen gut geeignet ist, klinische Gruppen differenziell zu beschreiben, jedoch auch im nicht-klinischen Bereich Aussagekraft besitzt. Der FBeK ist ein geeigneter Fragebogen, um zwischen gesunden Probanden und klinischen Gruppen zu trennen. Da der Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK) zu den am häufigsten eingesetzten Fragebögen zum Körpererleben gehört (Dähne et al. 2004), wurde er auch in der vorliegenden Studie verwendet, um eine Vergleichbarkeit mit anderen Arbeiten zu ermöglichen.



#### 4.1.5 Veränderungsstadien-Skala (VSS)

Die Veränderungsstadien-Skala (Heidenreich et al. 2001) dient der Erfassung der Veränderungsmotivation über die einzelnen Veränderungsstadien.

Als Vorlage diente die amerikanische Originalversion „University of Rhode Island Change Assessment Scale“ (URICA) die von McConaughy et al. (1983) zur Erfassung der „Stages of Change“ (s. Kap. 2.4) entwickelt worden ist.

Dieser wurde von Heidenreich, Hoyer & Fecht (2001) vom Englischen ins Deutsche übersetzt und in einer Stichprobe von 165 alkoholabhängigen Patienten psychometrisch untersucht. Die daraus resultierende Veränderungsstadien-Skala ist ein dimensionales Fragebogeninstrument und umfasst 32 Items, welche auf einer fünfstufigen Ratingskala von 1 (überhaupt nicht zutreffend) bis 5 (sehr stark zutreffend) beantwortet werden müssen.

Stangier (2004) modifizierte diesen Fragebogen im Hinblick auf psychologische Beratung. Die faktorielle Bestimmung per Hauptkomponentenanalyse ergab vier Dimensionen, die den „Stages of Change“ Precontemplation (acht Items,  $\alpha = .69$ ), Contemplation (acht Items,  $\alpha = .61$ ), Action (acht Items,  $\alpha = .83$ ) und Maintenance (acht Items,  $\alpha = .73$ ) entsprechen. Somit konnte die Faktorenstruktur der URICA repliziert werden, da diese ebenfalls kein Preparation-Veränderungsstadium beinhaltet.

Die Ergebnisse zur Konstruktvalidität sind in dieser Stichprobe noch unbefriedigend. Unbefriedigend sind ebenfalls die teils hohen Skaleninterkorrelationen, vor allem zwischen Contemplation und Action ( $r = .62$ ).

Die Auswertung der VSS erfolgt im Gegensatz zur URICA nicht über Veränderungsprofile, da die Clusteranalytische Ermittlung sich als hoch inkonsistent erwiesen hat (Heidenreich et al. 2001). Für die Auswertung empfehlen die Autoren, die Werte der einzelnen Subskalen separat zu addieren und den Mittelwert zu bilden. Diese können dann als kontinuierliche Prädiktoren interpretiert werden und die Ergebnisse als Ausmaß der jeweils SoC-typischen Meinungen verwendet werden.

## **4.2 Testdurchführung**

Die Datenerhebung dieser Querschnittsuntersuchung erfolgte in verschiedenen Etappen, über einem Zeitraum von 2005 bis 2006, und umfasst insgesamt 409 dermatologische Patienten die mit der Teilnahme an der Untersuchung einverstanden waren. Es wurden dermatologische Patienten ausgewählt, da Dermatologen neben HNO Ärzten und Plastischen Chirurgen diejenigen sind, welche von KDS Patienten am häufigsten aufgesucht werden. In der vorliegenden Untersuchung wurden verschiedene Versorgungszentren der Dermatologie ausgewählt (stationär und ambulant im Helios Klinikum Erfurt sowie eine Hautarztpraxis in Chemnitz), um ein unterschiedliches Patientenspektrum zu erfassen. Die Datenerhebung der stationären Patienten der Hautklinik Erfurt fand von April bis Juni 2005 statt. Von 523 befragten Patienten nahmen 192 an der Untersuchung teil. Ambulant erfolgte die Befragung im März 2006. Dabei nahmen von 392 befragten Patienten 98 an der Fragebogenerhebung teil. Von der Hautarztpraxis in Chemnitz füllten 119 Patienten die Fragebögen im Oktober 2005 aus. Da das Personal aus Zeitgründen nicht jedem Patienten einen Fragebogen aushändigen konnte, steht nicht genau fest wie viele Patienten insgesamt befragt wurden an der Untersuchung teilzunehmen.

Vor Untersuchungsbeginn wurden alle teilnehmenden Ärzte und das Pflegepersonal über Ziele und Ablauf der Arbeit und der Fragebogenerhebung informiert. Ihnen wurde erklärt, dass keine Selektion der Patienten stattfinden soll, um somit eine repräsentative Stichprobe zu erhalten.

Die Versuchsleiter stellten sich den Patienten als Medizinstudenten der Friedrich Schiller Universität Jena vor, die im Rahmen ihrer Promotion diese Frageerhebung durchführen. Ihnen wurde erklärt, dass bei dieser Studie der Zusammenhang zwischen emotionaler Befindlichkeit und dem Erleben von Partnerschaft unter Beachtung ihrer sozialen Aktivitäten, den Sorgen bzw. Gedanken bezüglich des eigenen Körpers und der gewünschten zusätzlichen psychotherapeutischen Versorgung untersucht wird. Die Patienten bekamen ein Informationsblatt mit den wichtigsten Hinweisen ausgehändigt (Anhang A.1). Mit einer darauf angegebenen Telefonnummer hatten sie die Möglichkeit, Fragen zu der Untersuchung und deren Ergebnissen zu stellen. Anschließend wurde der Fragebogen in einem Briefumschlag dem Patienten überreicht. Den Patienten wurde absolute Anonymität zugesichert und sie bestätigten mit ihrer Unterschrift auf einer Einverständniserklärung die Teilnahme an der Studie.

In Erfurt wurden die Untersuchungen von den Versuchsleitern selbstständig durchgeführt. Die stationär liegenden Patienten wurden auf ihrem Zimmer befragt, ob sie an der Studie teilnehmen wollen. Eine Stunde später wurde dann der Fragebogen von den Versuchsteilnehmern wieder eingesammelt. Zweimal wöchentlich (Dienstag und Freitag) wurde dieses Verfahren über 3 Monate lang durchgeführt, um so alle Patienten zu erfassen, die mindestens 3 Tage im Krankenhaus lagen.

Ambulant wurde den Patienten der Fragebogen bei der Anmeldung ausgehändigt und wenn dieser fertig ausgefüllt war wieder eingesammelt.

In der Hautarztpraxis wurde der Fragebogen von den Schwestern bei der Anmeldung der Patienten verteilt und auch wieder an die Schwestern zurückgegeben.

Die dermatologischen Diagnosen der Patienten wurden von den Untersuchungsleitern aus den Krankenakten entnommen.

## **4.3 Operationalisierung der unabhängigen und abhängigen Variablen**

### **4.3.1 Unabhängige Variablen**

Von den in Kapitel 3.1 aufgelisteten Erhebungsinstrumenten erfasst der DCQ die Ausprägung der körperdysmorphen Symptomatik und der BFPE die Bindungsrepräsentation. Im Ergebnisteil werden die Ergebnisse der übrigen Fragebögen chronologisch zuerst mit der körperdysmorphen Symptomatik und anschließend mit der Bindung untersucht.

Aus diesem Grund handelt es sich bei den unabhängigen Variablen einmal um eine dreifach- und einmal um eine fünffach gestufte Organismusvariable. Zur Überprüfung der Hypothesen zur körperdysmorphen Symptomatik bilden die drei verschiedenen Patientengruppen, welche mittels DCQ ermittelt worden sind, die unabhängige Variable:

- Patienten mit klinisch relevanter körperdysmorpher Symptomatik
- Patienten mit subklinischer körperdysmorpher Symptomatik
- Patienten mit Hauterkrankungen ohne klinisch relevante körperdysmorphe Beeinträchtigung.

Zur Überprüfung der Hypothesen zu der Bindung bilden diese mit Hilfe des BFPE ermittelten Bindungsmuster die unabhängige Variable:

- vermeidend-verschlossen
- bedingt sicher
- sicher
- ambivalent-anklammernd
- ambivalent-verschlossen.

Ebenso bildet der Erhebungsort bei der Fragestellung der Prävalenz der körperdysmorphen Symptomatik und der unterschiedlichen Bindungsrepräsentation in verschiedenen dermatologischen Einrichtungen eine unabhängige Variable:

- Hautklinik Erfurt stationär
- Hautklinik Erfurt ambulant
- Hautarztpraxis Chemnitz

#### **4.3.2 Abhängige Variablen**

Die abhängigen Variablen, die zur Überprüfung aller Hypothesen erhoben worden sind, werden im Folgenden mit ihrem Erhebungsinstrument aufgeführt: die soziale Anpassung mit der deutschen Version der SASS, das Körpererleben mit dem FBeK und die Motivation zu psychotherapeutischer Beratung mit der VSS.

### **4.4 Statistik**

Die Daten der Fragebögen wurden in das statistische Auswertungsprogramm SPSS (Version 11,5) eingegeben. Zunächst wurden die soziodemographischen Daten der gesamten Stichprobe mittels Häufigkeitsanalyse untersucht. Von Interesse waren dabei die dermatologische Diagnose, das Alter, das Geschlecht, das Zusammenleben mit einem Partner, der Familienstand, der Schulabschluss, die berufliche Laufbahn sowie die Erwerbstätigkeit.

Anschließend wurde zur Überprüfung der Normalverteilung der Kolmogoroff-Smirnov-Test durchgeführt. Es zeigte sich jedoch das die Verteilungen schief sind. Somit konnte die Überprüfung der Hypothesen nicht mittels multivariater Varianzanalyse (MANOVA) erfolgen, da für diese Untersuchung normal verteilte Variablen erforderlich sind.

Aus diesem Grund konnten die Variablen „Bindungsrepräsentation“ und „körperdysmorphe Symptomatik“ nur jeweils getrennt in Abhängigkeit von den abhängigen Variablen betrachtet werden. Die Hypothesen wurden mittels nonparametrischer Tests untersucht. Zum einen wurde der Kruskal-Wallis-Test angewandt. Dieser entspricht einer einfaktoriellen Varianzanalyse ohne Messwiederholung. Mit dem Test wird geprüft, ob zwischen den mittleren Rängen von mehr als zwei unabhängigen Stichproben signifikante Unterschiede bestehen. Des Weiteren wurde der Mann-Whitney-Test, welcher den Unterschied der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben testet, sowie der Chi-Quadrat-Test eingesetzt. Dieser untersucht Häufigkeitsunterschiede bei kategorialen Variablen auf ihre Signifikanz. Das Signifikanzniveau wurde auf 5% festgelegt.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Deskriptive Statistik

#### 5.1.1 Beschreibung der Gesamtstichprobe

An der Studie nahmen insgesamt 409 Patienten teil, davon 192 der stationären und 98 der ambulanten dermatologischen Patienten der Helios Klinik in Erfurt (Chefärztin: Frau Prof. Dr. Linse), sowie 119 Patienten einer dermatologischen Praxis in Chemnitz (Dipl. med. Hirsch). Zunächst sollen nun die soziodemographischen Daten erläutert werden, die im Rahmen der Studie erhoben und mittels Häufigkeitsanalyse untersucht wurden.

38,1% (156) der Befragten waren Männer und 57,0% (233) waren Frauen, mit einem Durchschnittsalter von  $M = 44,8$  Jahre ( $s = 16,6$  Jahre, Range min = 10, max = 79). Bei 20 Personen lagen keine Angaben zum Geschlecht vor. Die Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen ist in Abbildung 1 dargestellt.

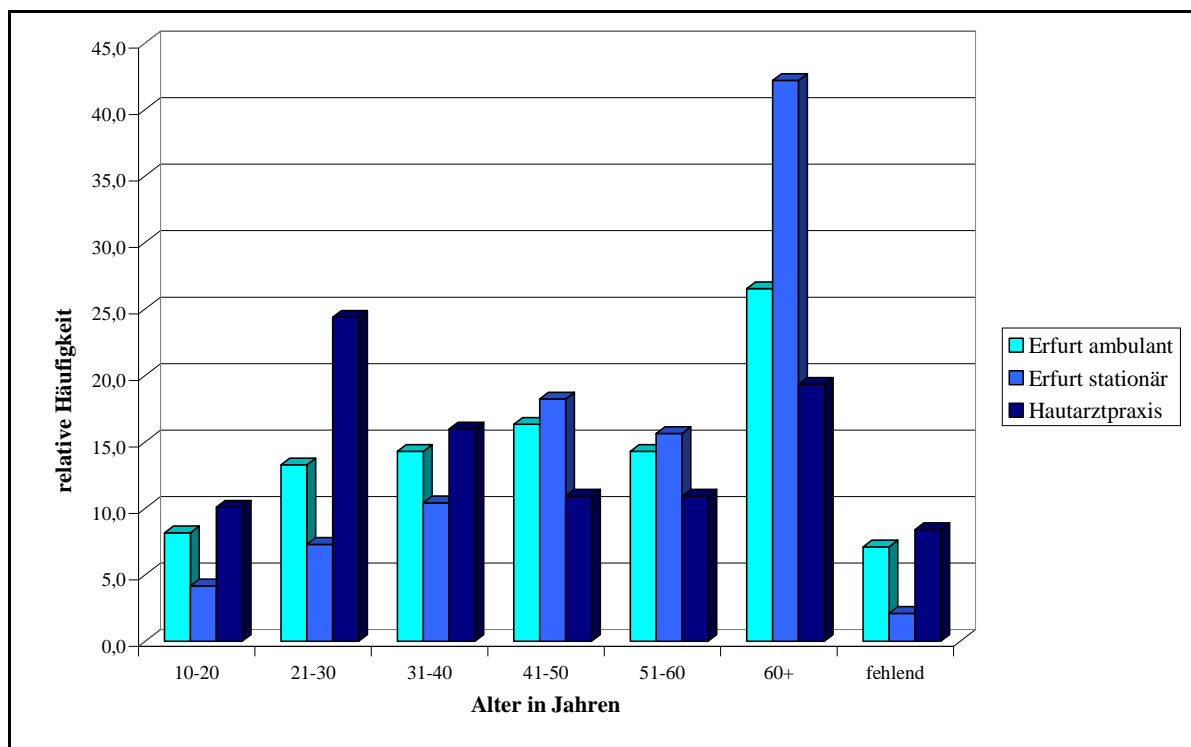


Abb. 1: Häufigkeitsverteilung des Alters in der Gesamtstichprobe

72,4% (296) der insgesamt 409 Patienten lebten mit ihrer Partnerin/ihrem Partner zusammen, 21,8% (89) lebten ohne Partnerin/Partner. 55,5% (227) der Befragten waren verheiratet, 8,1% (33) geschieden, 9,3% (38) waren verwitwet und 21,3% (87) gaben an ledig zu sein. Im Hinblick auf den höchsten bildenden Schulabschluss gaben 6,6% der Patienten (27) an, keinen Haupt- oder Volksschulabschluss zu haben. 21,0% (86) hatten einen Haupt- oder Volksschulabschluss, 36,2% (148) hatten einen Realschulabschluss und 29,8% (122) hatten den schulischen Bildungsweg mit Abitur oder (Fach-) Hochschulreife beendet. Zu Fragen bezüglich der beruflichen Laufbahn gaben 1,7% (7) der Patienten an keine berufliche Ausbildung zu haben, 5,1% (21) befanden sich noch in der Lehre, 40,8% (167) waren Facharbeiter, 8,6% (35) waren Meister und 29,8% (122) hatten einen Universitäts- oder Fachschulabschluss. 6,8% (28) gaben einen anderen beruflichen Abschluss an.

Berufstätig waren 42,4% (173) der Befragten [Vollzeit: 30,6% (125), Teilzeit: 9,8% (40), Stundenweise erwerbstätig: 2,0% (8)]. In der Schul- bzw. Berufsausbildung befanden sich 8,1% (33) der Patienten, im Wehr-, Zivildienst oder Mutterschutz waren 1,2% (5), 1,7% (7) waren Hausfrau bzw. Hausmann, arbeitslos waren 8,1% (33) und Rentner waren 30,8% (126).

Bei den ärztlichen Diagnosen der Patienten wurde in Anlehnung an Sterry & Merk (1987) eine Einteilung in verschiedene Kategorien vorgenommen (Abb.2).

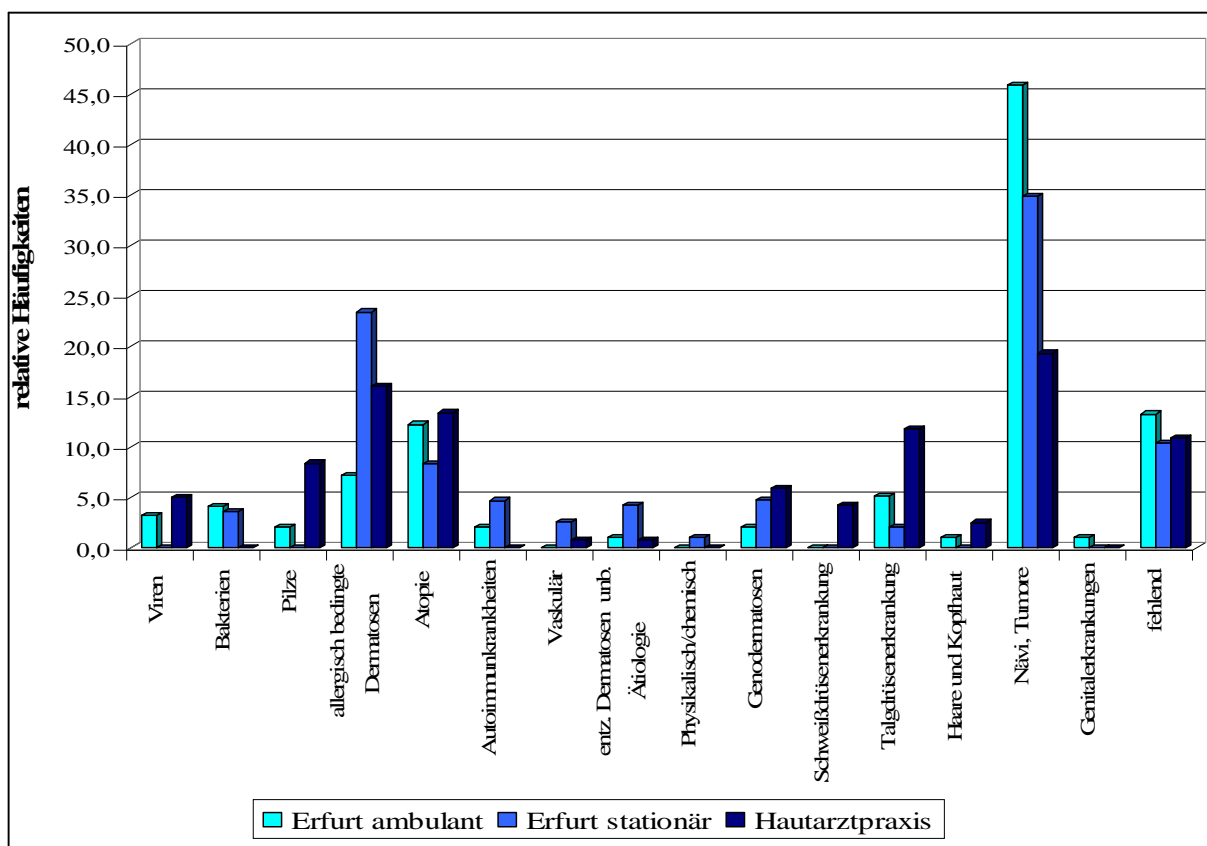


Abb. 2: Dermatologische Diagnosen der Gesamtstichprobe

Psychische Faktoren können einen erheblichen Einfluss auf Manifestation und Verlauf der Hautsymptomatik haben und spielen bei einem Teil dermatologischer Erkrankungen eine große Rolle. Aus diesem Grund wurde geprüft, bei welchen dermatologischen Krankheiten psychologische Aspekte bei der Krankheitsentstehung bzw. -verlauf in der Literatur beschrieben wurden. Anschließend wurde versucht, die eben in Anlehnung an Sterry & Merk (1987) eingeteilten ärztlichen Diagnosen der Gesamtstichprobe nach den AWMF Leitlinien für Psychosomatische Dermatologie (2002) in Krankheiten entsprechend ihrer psychischen Beteiligungen zu klassifizieren (Tab.4).

Tab. 4: Dermatologische Diagnosen der Gesamtstichprobe, unterteilt nach psychischen Faktoren

<b>dermatologische Diagnosen</b>	<b>gegebenfalls psychische Aspekte bei Krankheits- entstehung bzw. -verlauf % (n)</b>	<b>keine psychischen Aspekte bei Krankheits- entstehung bzw. -verlauf % (n)</b>	<b>gesamt  % (n)</b>
<b>Viren</b> (Warzen)	0 (0)	2,2 (9)	2,2 (9)
<b>Bakterien</b> (Erysipel, Furunkel, Abszess)	0 (0)	2,7 (11)	2,7 (11)
<b>Pilze</b> (Dermatomycosis, Onychomycosis, Tinea pedis, Tinea corporis)	0 (0)	2,8 (12)	2,8 (12)
<b>allergisch bedingte Dermatosen</b> (psychisch:allerg.Kontaktekzem, Urtikaria n.psychisch: AM Exanthem, Hypo)	6,6 (27)	10,8 (44)	17,4 (71)
<b>Atopie</b> (Neurodermitis)	10,8 (44)	0 (0)	10,8 (44)
<b>Autoimmunerkrankungen</b> (Sklerodermie, Lupus erythematodes)	2,7 (11)	0 (0)	2,7 (11)
<b>Vaskuläre Erkrankungen</b> (Vaskulitis, Purpura, Varokosis, Ulcus cruris)	0 (0)	1,5 (6)	1,5 (6)
<b>entz. Dermatosen unbekannter Ätiologie</b> (Pannikulitis, Erythema nodosum, Lichen sclerosus et atrophicus, Necrobiosi lipoidica)	0 (0)	2,4 (10)	2,4 (10)
<b>Physikalisch/chem. bedingte Dermatosen</b> (Photodermatose)	0 (0)	0,5 (2)	0,5 (2)
<b>Genodermatosen</b> (Psoriasis)	4,4 (18)	0 (0)	4,4 (18)
<b>Schweißdrüsenenerkrankungen</b> (Hyperhidrosis)	0 (0)	1,2 (5)	1,2 (5)
<b>Talgdrüsenenerkrankungen</b> (psychich:Akne, n.psychisch: Rosazea)	5,4 (22)	0,2 (1)	5,6 (23)
<b>Erkrankungen der Haare und Kopfhaut</b> (Alopecia)	1,0 (4)	0 (0)	1,0 (4)
<b>Nävi und Tumore</b> (psychisch: Melanom, n.psychisch: BCC, Leberflecke, Narben, Muttermal, Papulose Mycosis fungoides, Basaliom, Granulom)	13,2 (54)	19,8 (81)	33,0 (135)
<b>Genitalerkrankungen</b> (Vorhautentfernung)	0 (0)	0,2 (1)	0,2 (1)



### 5.1.2 Darstellung der Mittelwerte für die jeweiligen Erhebungsinstrumente

Die Werte der einzelnen Fragebögen wurden durch die Bestimmung der Summenscores berechnet. Die Mittelwerte dieser Summenscores der Gesamtstichprobe, sowie differenziert für die unterschiedlichen Erhebungsorte, sind in der folgenden Tabelle 5 kurz dargestellt.

Mittels Kruskal-Wallis-Test wurde hierbei untersucht ob sich signifikante Gruppenunterschiede finden lassen.

*Tab. 5: Mittelwerte und Standardabweichung aller Fragebögen in der Gesamtstichprobe*

<b>Probanden</b> <b>DCQ</b>	<b>Hautklinik Erfurt stationär m (s)</b>	<b>Hautklinik Erfurt ambulant m (s)</b>	<b>Hautarzt- praxis Chemnitz m (s)</b>	<b>Gesamt m (s)</b>	<b>Kruskal- Wallis- Test p</b>
<b>DCQ Entstellungssorgen</b>	3,2 (2,7)	4,0 (3,4)	6,5 (4,8)	4,4 (3,8)	<b>&lt; 0.001</b>
<b>SASS Soziale Anpassung</b>	44,9 (6,6)	44,7 (6,14)	41,8 (10,42)	44,0 (7,9)	<b>&gt; 0.05</b>
<b>FBeK Attraktivität/ Selbstvertrauen</b>	11,1 (3,9)	10,9 (3,7)	9,5 (3,5)	10,6 (3,8)	<b>&lt; 0.001</b>
<b>FBeK Akzentuierung des Erscheinungsbildes</b>	6,5 (2,6)	6,8 (2,3)	7,0 (2,4)	6,7 (2,5)	<b>&gt; 0.05</b>
<b>FBeK Unsicherheit/Besorgnis</b>	4,6 (2,7)	4,5 (3,2)	4,9 (3,1)	4,7 (2,9)	<b>&gt; 0.05</b>
<b>FBeK Körperlich-sexuelles Missempfinden</b>	2,0 (1,8)	2,1 (1,7)	2,3 (1,7)	2,1 (1,8)	<b>&gt; 0.05</b>
<b>VSS Precontemplation</b>	2,1 (0,7)	2,2 (0,6)	2,5 (0,7)	2,2 (0,7)	<b>&lt; 0.001</b>
<b>VSS Contemplation</b>	1,9 (0,8)	2,0 (0,8)	2,3 (0,8)	2,0 (0,8)	<b>&lt; 0.001</b>
<b>VSS Action</b>	2,0 (0,9)	2,1 (1,0)	2,3 (0,7)	2,1 (0,9)	<b>&lt; 0.001</b>
<b>VSS Maintenance</b>	1,5 (0,7)	1,5 (0,6)	1,9 (0,8)	1,6 (0,7)	<b>&lt; 0.001</b>

Es zeigten sich im Durchschnitt niedrige Werte im DCQ (ab 11 subklinisch). Die durchschnittlich hohen Werte im SASS wiesen auf eine gute soziale Anpassung in der Gesamtstichprobe hin. Die Werte des FBeK lagen in der Gesamtstichprobe im Normbereich. In den vier Skalen der VSS fanden sich insgesamt niedrige Werte.

Die Verteilung der Bindungsmuster in den verschiedenen dermatologischen Einrichtungen ist in Tabelle 6 zu sehen. Mittels Chi-Quadrat-Test wurde geprüft, ob sich signifikante Unterschiede zwischen den drei Gruppen zeigen.

*Tab. 6: Verteilung der Bindungsrepräsentationen in den dermatologischen Versorgungszentren*

<b>Probanden</b> <b>Bindung</b>	<b>Hautklinik Erfurt stationär % (n)</b>	<b>Hautklinik Erfurt ambulant % (n)</b>	<b>Hautarzt- praxis Chemnitz % (n)</b>	<b>Gesamt % (n)</b>	<b>Chi- Quadrat- Test p</b>
<b>Vermeidend- verschlossen</b>	22,3 (39)	25,9 (23)	30,6 (34)	24,4 (90)	> 0.05
<b>Bedingt sicher</b>	20,0 (35)	23,6 (21)	19,8 (22)	21,1 (78)	> 0.05
<b>Sicher</b>	33,7 (59)	24,7 (22)	22,6 (25)	28,7 (106)	> 0.05
<b>Ambivalent- anklammernd</b>	16,6 (29)	16,8 (15)	13,5 (15)	16,0 (59)	> 0.05
<b>Ambivalent- verschlossen</b>	7,4 (13)	9,0 (8)	13,5 (15)	9,8 (36)	> 0.05
<b>Fehlend</b>	17	9	8	34	

## **5.2 Überprüfung der Hypothesen**

In den in Kapitel 2.5 formulierten Fragen und Hypothesen wurden die Untersuchungen zur sozialen Aktivität und zum Körpererleben immer im Zusammenhang mit der Ausprägung körperdysmorpher Symptomatik, und getrennt davon im Zusammenhang mit der Bindungsrepräsentation betrachtet. Somit erscheinen die Hypothesen 4 & 5 und 6 & 7 auf den ersten Blick gleich, jedoch wurden verschiedene Variablen untersucht.

### **5.2.1 Häufigkeit körperdysmorpher Symptome**

Für die Auswertung des DCQ, zur Erfassung körperdysmorpher Störungen, wurde der Summenscore gebildet. Werte unter 11 Punkten weisen auf Patienten ohne körperdysmorphe Symptomatik hin, Werte zwischen 11 und 13 zeigen Patienten mit subklinischen körperdysmorphen Symptomen und Werte ab 14 weisen auf klinisch relevante körperdysmorphe Symptome hin (Stangier et al. 2003).

In der Gesamtstichprobe wurden bei 3,2% (13) der Patienten Mittelwerte ermittelt, die auf eine klinisch relevante (DCQ-Wert  $\geq 14$ ), und bei 5,2% (21) der Patienten auf eine subklinische körperdysmorphe Symptomatik (DCQ-Wert 11-13) hinweisen.

Die absoluten und relativen Häufigkeiten körperdysmorpher Symptome in den verschiedenen dermatologischen Versorgungszentren zeigt Tabelle 7.

Tab.7: Absolute und relative Häufigkeiten körperdysmorpher Symptome in den verschiedenen dermatologischen Versorgungszentren

Probanden DCQ	Hautklinik Erfurt stationär % (n)	Hautklinik Erfurt ambulant % (n)	Hautarzt- praxis Chemnitz % (n)	Gesamt % (n)	Chi- Quadrat- Test p
Klinisch relevante körperdysmorphe Symptome (DCQ $\geq 14$ )	0,0 (0)	2,1 (2)	9,3 (11)	3,2 (13)	< 0.001
Subklinische körperdysmorphe Symptome ( $11 \leq \text{DCQ} < 14$ )	0,5 (1)	6,3 (6)	11,9 (14)	5,2 (21)	< 0.001
Hauterkrankung ohne klin. relevante körper- dysmorphe Symptome (DCQ < 11)	99,5 (187)	91,6 (88)	78,8 (93)	92,8 (368)	< 0.001
Fehlend n	4	2	1	7	
Durchschnittlicher Gesamt DCQ-Wert m (s)	3,2 (2,7)	4,0 (3,4)	6,5 (4,8)	4,4 (3,8)	< 0.001

Von den stationären dermatologischen Patienten wiesen nur 0,5% (1) eine subklinische körperdysmorphe Symptomatik auf, und keiner dieser Patienten eine klinisch relevante körperdysmorphe Symptomatik. Die relative Häufigkeit der KDS dieser Patienten lag sogar unter der berichteten Prävalenz der Allgemeinbevölkerung (Stangier et al. 2005: 0,9%, Rief et al. 2005: 1,7%).

Insgesamt erreichten 6% (13) der Patienten aus dem ambulanten Bereich (ambulante Patienten der Hautklinik bzw. der Hautarztpraxis) Mittelwerte, die auf eine klinisch relevante körperdysmorphe Symptomatik hinwiesen. 9,3% (20) der Patienten erreichten Mittelwerte, welche eine subklinische körperdysmorphe Symptomatik belegten. Somit konnte gezeigt werden, dass Körperdysmorphie Störungen signifikant häufiger bei ambulanten dermatologischen Patienten vorkommen als bei stationären Patienten und als bei der Allgemeinbevölkerung.

Abbildung 3 zeigt die relativen Häufigkeiten körperdysmorpher Symptomatik in Abhängigkeit von dem Erhebungsort.

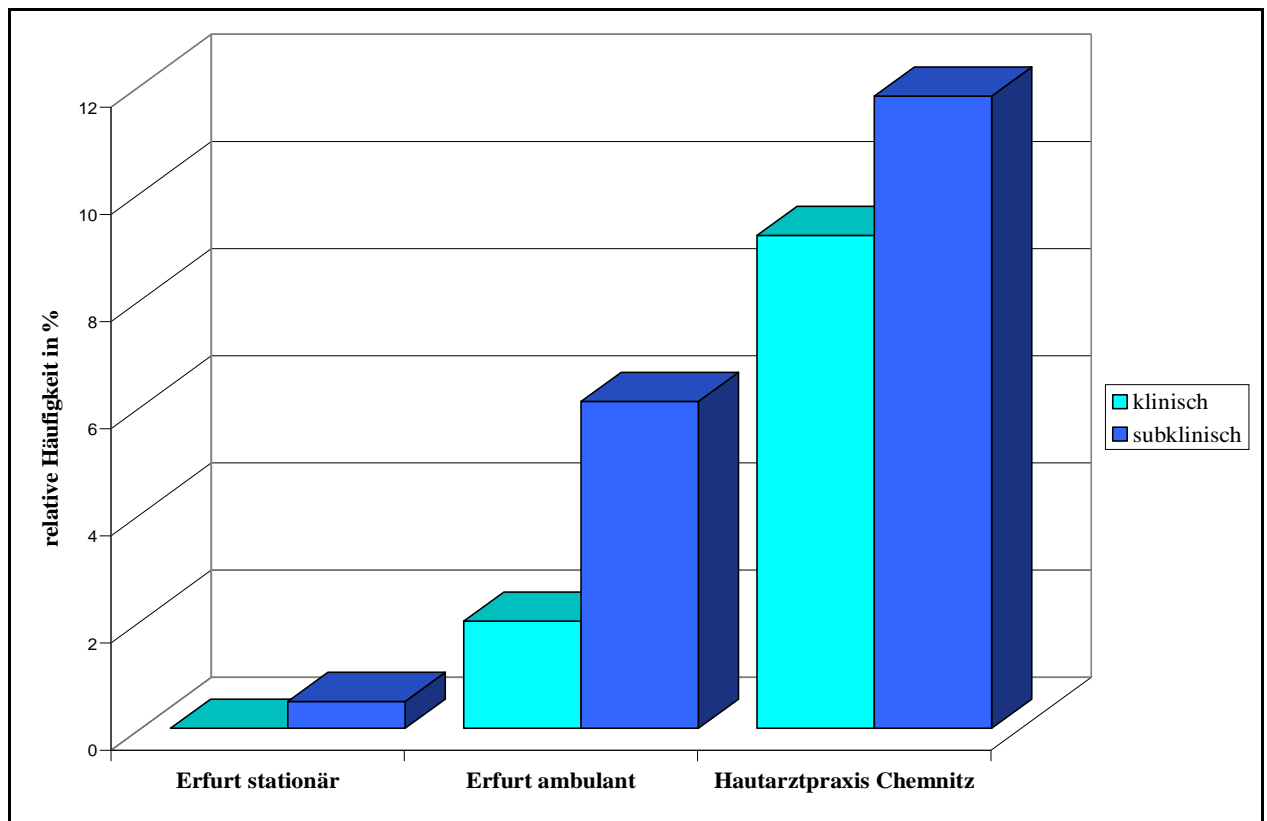


Abb.3: Häufigkeiten körperdysmorpher Symptome in den verschiedenen dermatologischen Versorgungszentren

In Abb. 3 wurde ersichtlich, dass subklinische körperdysmorphe Symptome bei den untersuchten dermatologischen Patienten häufiger vorkamen als eine klinisch relevante KDS, jedoch konnte mittels Mann-Whitney-U-Test keine Signifikanz nachgewiesen werden.

Im Folgenden wurde der Zusammenhang zwischen KDS und soziodemographischen Daten untersucht, welche in Tabelle 8 und Tabelle 9 dargestellt sind.

Tab.8: Familienstand und Schulabschluss in den drei Untersuchungsgruppen

DCQ \ Demographische Daten	Klinisch relevante körperdysmorphe Symptome n=13	Subklinische körperdysmorphe Symptome n=21	Hauterkrankung ohne klin. relevante körperdysmorphe Symptome n=368	Chi-Quadrat-Test p
<b>Familienstand in % (n)</b>				<b>&lt; 0.001</b>
<b>Mit Partner zusammen lebend / verwitwet</b>	23,1% (3)	44,4% (8)	67,1% (233)	
<b>Getrennt lebend / geschieden / ledig</b>	76,9% (10)	55,6% (10)	32,9% (114)	
<b>Fehlend</b>	0	3	21	

Fortsetzung Tab. 8: Familienstand und Schulabschluss in den drei Untersuchungsgruppen

DCQ \ Demographische Daten	Klinisch relevante körperdysmorphe Symptome n=13	Subklinische körperdysmorphe Symptome n=21	Hauterkrankung ohne klin. relevante körperdysmorphe Symptome n=368	Chi-Quadrat-Test p
<b>Schulabschluss in % (n)</b>				> 0.05
<b>ohne Abschluss</b>	7,6% (1)	6,0% (1)	9,7% (24)	
<b>Hauptschule/Volksschule/Realschule</b>	46,2% (6)	47,0% (8)	46,6% (115)	
<b>Abitur</b>	46,2% (6)	47,0% (8)	43,7% (108)	
<b>Fehlend</b>	0	4	18	

Es zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede bezüglich des Familienstandes ( $p \leq 0,001$ ). Insgesamt lebten fast 65% der Patienten mit klinischer und subklinischer körperdysmorpher Symptomatik ohne, und nur 35% mit einem Partner oder waren verwitwet. Bei den Patienten ohne klinisch relevante körperdysmorphe Symptomatik verhielt es sich konträr. 67% dieser Patienten lebten mit einem Partner zusammen oder waren verwitwet, 33% lebten ohne einen Partner. Bei 24 Patienten lagen keine Angaben zu dem Familienleben vor. Diese Ergebnisse wiesen darauf hin, dass KDS Patienten signifikant häufiger ohne einen Partner lebten.

Bezüglich des Schulabschlusses fanden sich keine signifikanten Gruppenunterschiede ( $p > 0,05$ ). Die Auswertung der Berufe von Patienten mit KDS zeigte augenscheinlich keine Häufung. Bei den befragten Patienten mit KDS waren die verschiedensten Berufe vertreten (Angestellte, Friseurin, Informatikerin, Köchin, Lehrer, Facharbeiter usw.). Bei 111 von den insgesamt 409 dermatologischen Patienten lagen keine Angaben zu deren Beruf vor. Aufgrund der Vielfalt und der vielen fehlenden Berufe war keine Klassifizierung, und somit auch keine statistische Auswertung möglich. Eine Auflistung der Berufsverteilung der Patienten findet sich im Anhang (B.1).

Tabelle 9 zeigt die Altersverteilung von Patienten mit klinischer, subklinischer und ohne KDS.

Tab. 9: Mittelwerte und Standardabweichung der Altersverteilung der drei Untersuchungsgruppen

DCQ Demographische Daten	Klinisch relevante körperdysmorphe Symptome n=13	Subklinische körperdysmorphe Symptome n=21	Hauterkrankung ohne klin. relevante körperdysmorphe Symptome n=368	Kruskal- Wallis- Test p
Alter m (s)	37,5 (18,4)	40,9 (19,3)	45,5 (16,1)	> 0.05
Min	18	18	14	
Max	69	73	79	

In der Altersverteilung der Patienten mit subklinischer und klinischer KDS zeigte sich ein Durchschnittsalter von 40,9 bzw. 37,5 Jahren. Dabei war jedoch zu beachten, dass von den untersuchten dermatologischen Patienten diese mit KDS vorwiegend im Alter zwischen ca. 18 und 45 Jahren (65% der KDS Patienten) und dann erst wieder ab einem Alter von ca. 65 Jahren (19,4% der KDS Patienten) vorzufinden waren. Die KDS scheint nach der vorliegenden Studie demnach hauptsächlich eine Erkrankung des jüngeren Alters (<45 Jahre), allerdings ebenso eine Erkrankung des höhern Alters (>65 Jahre) zu sein, welches in Abbildung 4 graphisch dargestellt wurde.

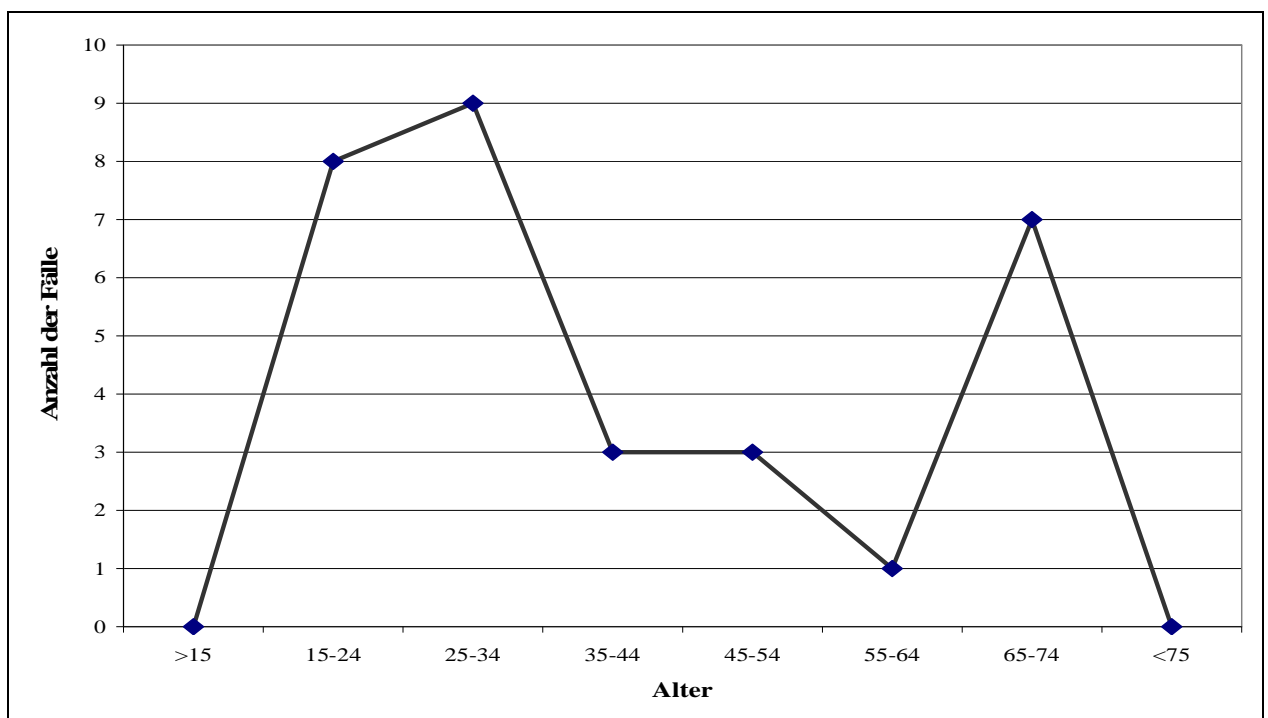


Abb. 4: Darstellung der Altersverteilung bei Patienten mit klinischer und subklinischer KDS

Zusammenfassend war zu vermerken, dass sich die zu untersuchenden Hypothesen nicht vollständig bestätigen lassen konnten.

Hypothese 1 konnte vollständig bestätigt werden. Ambulante dermatologische Patienten wiesen im Vergleich zu den stationären Patienten und im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung signifikant häufiger körperdysmorphe Symptome auf.

Patienten mit subklinischer körperdysmorpher Symptomatik kamen häufiger vor als Patienten mit klinisch relevanter körperdysmorpher Symptomatik.

Hypothese 2 konnte nur zum Teil bestätigt werden. Patienten mit körperdysmorpher Symptomatik hatten überwiegend ein Alter zwischen 18-45 Jahren bzw. ein Alter von über 65 Jahren. Patienten mit körperdysmorpher Symptomatik lebten signifikant häufiger ohne einen Partner. Bezüglich des Bildungsstandes fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Untersuchungsgruppen.

### 5.2.2 Bindung

Die Art der Bindung bei den untersuchten dermatologischen Patienten wurde mit Hilfe des BFPE bestimmt. Clusteranalysen anhand der drei Skalenwerte (Öffnungsbereitschaft, Akzeptanzprobleme und Zuwendungsbedürfnis) ergaben fünf Cluster, die als Bindungsmuster im Sinne der Bindungstheorie interpretierbar waren (siehe Kap. 4.1.2).

In der untersuchten Gesamtstichprobe fanden sich 28,7% mit einem sicheren, 21,1% mit einer bedingt-sicheren, 24,4% mit einer vermeidend-verschlossenen, 16% mit einer ambivalent-anklammernden und 9,8% mit einer ambivalent-verschlossenen Bindungsrepräsentation, welche in Tabelle 10 mit deutschen Bevölkerung verglichen wurden.

*Tab. 10: Relative Häufigkeiten der Bindungsrepräsentationen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung*

	<b>Vermeidend- verschlossen %</b>	<b>Sicher %</b>	<b>Bedingt sicher %</b>	<b>Ambivalent- anklammernd %</b>	<b>Ambivalent- verschlossen %</b>
<b>Bevölkerungsrepräsentative Stichprobe (n=1509) (Höger et al. 2007)</b>	20,6	21,3	19,6	21,6	16,9
<b>Stichprobe (n=402) (Höger&amp;Buschkämper 2002)</b>	26,3	21,3	20,5	22,1	9,7
<b>Vorliegende Untersuchung (n=409)</b>	24,4	28,7	21,1	16,0	9,8



Die absoluten und relativen Häufigkeiten der Bindungsrepräsentationen bei den Patienten der verschiedenen dermatologischen Versorgungszentren zeigt Tabelle 11.

*Tab. 11: Absolute und relative Häufigkeiten der Bindungsrepräsentationen (anhand des BFPE) in den verschiedenen dermatologischen Versorgungszentren*

<b>Probanden</b> <b>Bindung</b>	<b>Hautklinik Erfurt stationär % (n)</b>	<b>Hautklinik Erfurt ambulant % (n)</b>	<b>Hautarzt- praxis Chemnitz % (n)</b>	<b>Gesamt % (n)</b>	<b>Chi- Quadrat- Test p</b>
<b>Vermeidend- verschlossen</b>	22,3 (39)	25,9 (23)	30,6 (34)	24,4 (90)	> 0.05
<b>Bedingt sicher</b>	20,0 (35)	23,6 (21)	19,8 (22)	21,1 (78)	> 0.05
<b>Sicher</b>	33,7 (59)	24,7 (22)	22,6 (25)	28,7 (106)	> 0.05
<b>Ambivalent- anklammernd</b>	16,6 (29)	16,8 (15)	13,5 (15)	16,0 (59)	> 0.05
<b>Ambivalent- verschlossen</b>	7,4 (13)	9,0 (8)	13,5 (15)	9,8 (36)	> 0.05
<b>Fehlend</b>	17	9	8	34	

Bei der Verteilung der Bindungsstile der Patienten an den verschiedenen dermatologischen Einrichtungen konnten keine signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden ( $p > 0,05$ ). In Bezug auf die sichere Bindung deutete sich ein Trend an. Bei genauerer Untersuchung konnte ein signifikanter Unterschied in der sicheren Bindungsrepräsentation zwischen den stationär liegenden Patienten und denen der Hautarztpraxis nachgewiesen werden (Anhang B.3). Darüber hinaus waren keine weiteren signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen dermatologischen Einrichtungen festzustellen (Anhang B.2 & B.4).

Stationäre Patienten der dermatologischen Klinik in Erfurt wiesen demnach am häufigsten eine sichere Bindungsrepräsentation auf. Ambulante Patienten der Hautklinik Erfurt und Patienten der Hautarztpraxis in Chemnitz wiesen am häufigsten eine vermeidend-verschlossene Bindungsrepräsentation auf.

Im Folgenden sollten die Bindungsrepräsentationen bei Patienten mit klinischer, subklinischer und ohne körperdysmorpher Symptomatik untersucht werden.

Dabei zeigten sich zum Teil signifikante Unterschiede, welche in Tabelle 12 dargestellt sind.

Tab.12: Absolute und relative Häufigkeiten der Bindungsrepräsentationen in den drei Untersuchungsgruppen (n=409) anhand des BFPE

<b>Probanden</b> <b>Bindung</b>	<b>Klinisch relevante körperdysmorphe Symptome</b> % (n)	<b>Subklinische körperdysmorphe Symptome</b> % (n)	<b>Hauterkrankung ohne klin. relevante körperdysmorphe Symptomatik</b> % (n)	<b>Chi- Quadrat- Test</b> p
<b>Vermeidend- verschlossen</b>	58,3 (7)	31,6 (6)	23,7 (80)	< 0.05
<b>Bedingt sicher</b>	8,3 (1)	5,3 (1)	22,2 (75)	> 0.05
<b>Sicher</b>	8,3 (1)	26,3 (5)	29,2 (99)	> 0.05
<b>Ambivalent- anklammernd</b>	0,0 (0)	15,8 (3)	16,3 (55)	> 0.05
<b>Ambivalent- verschlossen</b>	25,0 (3)	21,1 (4)	8,6 (29)	< 0.05
<b>Fehlend</b>	1	2	30	

Im Chi-Quadrat-Test konnten signifikante Unterschiede in der vermeidend-verschlossenen und ambivalent-verschlossenen Bindungsrepräsentation nachgewiesen werden..

Dieser signifikante Unterschied zeigte sich vor allem zwischen Patienten mit klinisch relevanter körperdysmorpher Symptomatik und Patienten mit Hauterkrankungen ohne klinisch relevante körperdysmorphe Symptomatik (Anhang B.6). Daraus ließ sich ableiten, dass diese Patienten signifikant häufiger eine vermeidend-verschlossene bzw. ambivalent-verschlossene Bindungsrepräsentation aufwiesen. Zwischen Patienten mit subklinischer Ausprägung körperdysmorpher Symptomatik und Patienten mit Hauterkrankungen ohne klinisch relevante körperdysmorphe Symptomatik konnten keine signifikanten Unterschiede in der Bindungsrepräsentation nachgewiesen werden (Anhang B.5).

Es zeichnete sich jedoch eindeutig der Trend ab, wonach Patienten mit klinisch relevanter KDS viel seltener eine sichere Bindungsrepräsentation aufwiesen als die beiden anderen Gruppen.

Abbildung 5 stellt die Verteilung der Bindungsmuster bei Patienten mit klinischer, subklinischer und ohne körperdysmorpher Symptomatik dar.

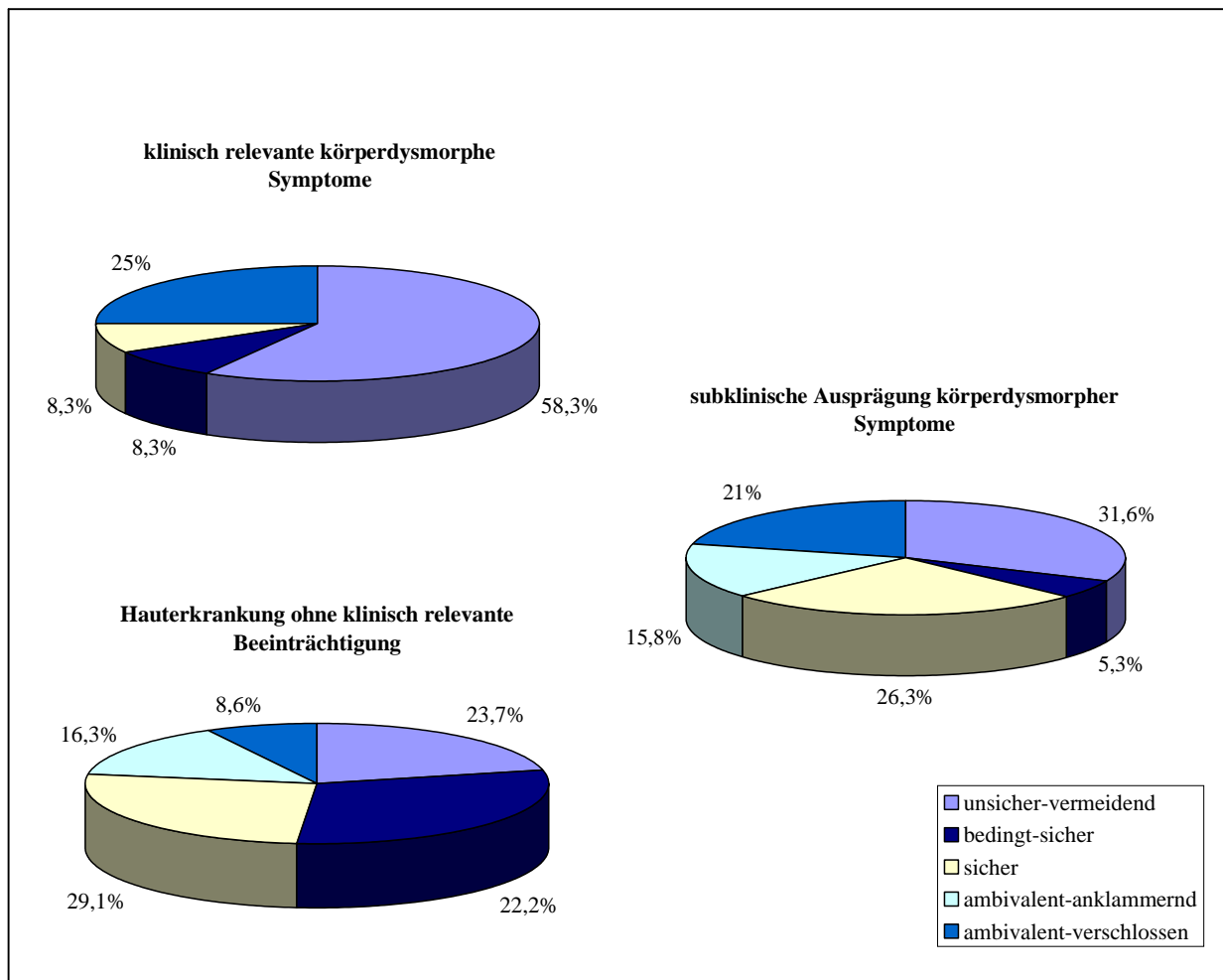


Abb. 5: Relative Häufigkeiten der Bindungsmuster in den drei Untersuchungsgruppen

Zusammenfassend ließ sich Hypothese 3.1 nur zum Teil bestätigen. Es zeigten sich, bis auf die Personen mit einer sicheren Bindung, keine signifikanten Unterschiede in der Bindungsrepräsentation zwischen stationären Patienten einer dermatologischen Klinik, ambulanten Patienten bzw. Patienten einer dermatologischen Praxis. Stationäre liegende Patienten der dermatologischen Klinik Erfurt hatten signifikant häufiger eine sichere Bindungsrepräsentation als die ambulanten dermatologischen Patienten.

Ambulante dermatologische Patienten wiesen am häufigsten eine vermeidend-verschlossene Bindung auf. Bei allen dermatologischen Patienten war eine ambivalente Bindungsrepräsentation am geringsten vertreten.

Hypothese 3.2 ließ sich ebenfalls nur zum Teil bestätigen. Es zeichnete sich ein eindeutiger Trend ab, wonach Patienten ohne körperdysmorphe Symptomatik häufiger eine sichere Bindungsrepräsentation aufwiesen als Patienten mit klinischer körperdysmorpher Symptomatik.

Patienten mit klinisch relevanter KDS wiesen signifikant häufiger eine vermeidend-verschlossene bzw. ambivalent-verschlossene Bindungsrepräsentation auf als Patienten mit einer Hauterkrankung ohne klinisch relevante körperdysmorphe Symptomatik.

Zwischen Patienten ohne körperdysmorphe Symptomatik und Patienten mit subklinischer Ausprägung körperdysmorpher Symptomatik konnten bezüglich der Bindungsrepräsentation keine Unterschiede nachgewiesen werden.

### 5.2.3. Soziale Anpassung

Zur Auswertung der „Social Adaptation Self-evaluation Scale“ (SASS) wurde anhand der Auswertungsanleitung der Summenwert der Einzelantworten gebildet. Dieser Summenwert konnte zwischen 0 und 60 Punkten liegen. Bei Werten über 35 war von einer sozial integrierten Person auszugehen, bei Werten  $\leq 35$  war von einer beeinträchtigten sozialen Aktivität auszugehen, bei Werten  $\leq 25$  von einer deutlich beeinträchtigten sozialen Aktivität.

Tabelle 13 zeigt die Mittelwerte, Standardabweichungen und die Ergebnisse der Signifikanzprüfung der Skala „soziale Anpassung“ bei Patienten mit klinischer, subklinischer und ohne körperdysmorpher Symptomatik.

Tab. 13: Mittelwerte, Standardabweichungen und die Ergebnisse der Signifikanzprüfung der Skala „soziale Anpassung“ in den drei Untersuchungsgruppen der KDS

	Klinisch relevante körperdysmorphe Symptome	Subklinische körperdysmorphe Symptome	Hauterkrankung ohne klin. relevante körperdysmorphe Symptomatik	Kruskal-Wallis- Test
	m (s)	m (s)	m (s)	p
<b>SASS</b>	36,8 (11,7)	41,2 (8,6)	44,4 (7,6)	<b>&lt; 0.05</b>

Patienten mit klinisch relevanter körperdysmorpher Symptomatik wiesen in der untersuchten Stichprobe im Durchschnitt die niedrigsten Werte in der Skala „soziale Anpassung“ auf, Patienten ohne klinisch relevante körperdysmorphe Symptomatik die höchsten.

Im Durchschnitt erreichte keine der Patientengruppen Werte, bei denen von einer eingeschränkten sozialen Aktivität auszugehen war. Dennoch waren zwischen den Untersuchungsgruppen Unterschiede bezüglich der abhängigen Variablen „soziale Anpassung“ deutlich.

Der deutlichste Unterschied in der sozialen Anpassung zeigte sich im Mann-Whitney-U-Test zwischen Patienten mit klinisch relevanten körperdysmorphen Symptomen und Patienten mit Hauterkrankungen ohne klinisch relevante körperdysmorphe Symptomatik (vgl. Tab. 14).

*Tab. 14: Mann-Whitney-U-Test der Skala „soziale Anpassung“ in den drei Untersuchungsgruppen der KDS*

Abhängige Variable	Untersuchungsgruppen der KDS	Untersuchungsgruppen der KDS	Mittlere Differenz	Mann-Whitney-U-Test p
SASS	ohne KDS	subklinische KDS	3,2	> 0.05
		KDS	7,6	< 0.05
	KDS	subklinische KDS	- 4,4	> 0.05

Es zeigte sich jedoch nur eine schwach negative Korrelation von  $-0,152$  ( $p < 0,01$ ) zwischen den Werten der SASS und denen des DCQ.

Im Folgenden sollte nun der Zusammenhang zwischen Bindungsrepräsentation und sozialer Aktivität untersucht werden.

Tabelle 15 zeigt die Mittelwerte, Standardabweichungen und die Ergebnisse der Signifikanzprüfung der Skala „soziale Anpassung“ bei Patienten mit verschiedenen Bindungsrepräsentationen.

*Tab. 15: Mittelwerte, Standardabweichungen und die Ergebnisse der Signifikanzprüfung der Skala „soziale Anpassung“ in den fünf Untersuchungsgruppen der Bindung*

	Vermeidend- verschlossen m (s)	Bedingt- sicher m (s)	Sicher m (s)	Ambivalent- anklammernd m (s)	Ambivalent- verschlossen m (s)	Kruskal- Wallis- Test p
SASS	42,7 (7,8)	45,7 (7,9)	46,4 (6,3)	43,3 (7,2)	40,2 (10,1)	< 0.001

Patienten mit ambivalent-verschlossener Bindungsrepräsentation wiesen im Durchschnitt die niedrigsten Mittelwerte in der Skala „soziale Anpassung“ auf, Patienten mit sicherer Bindung die höchsten. Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den fünf Untersuchungsgruppen.

Im Mann-Whitney-U-Test unterschieden sich vor allem Patienten mit sicherem und bedingt sicherem Bindungsverhalten signifikant von Patienten mit vermeidend-verschlossener, ambivalent-anklammernder und ambivalent-verschlossener Bindungsrepräsentation (Tab. 16).

*Tab. 16: Mann-Whitney-U-Test der Skala „soziale Anpassung“ in den fünf Untersuchungsgruppen der Bindung*

Abhängige Variable	Bindungsmuster	Bindungsmuster	Mittlere Differenz	Mann-Whitney-U-Test p
SASS	vermeidend-verschlossen	bedingt sicher	- 3,0	< 0.01
		sicher	- 3,7	< 0.001
		ambivalent-anklammernd	- 0,6	> 0.05
		ambivalent-verschlossen	2,5	> 0.05
	bedingt sicher	sicher	- 0,7	> 0.05
		ambivalent-anklammernd	2,4	< 0.05
		ambivalent-verschlossen	5,5	< 0.001
	sicher	ambivalent-anklammernd	3,1	< 0.001
		ambivalent-verschlossen	6,2	< 0.001
	ambivalent-anklammernd	ambivalent-verschlossen	3,1	> 0.05

Zwischen Patienten mit den beiden ambivalenten Bindungsmustern und dem vermeidend verschlossenem zeigten sich keine signifikanten Unterschiede ( $p > 0,05$ ).

Die formulierten Hypothesen ließen sich nicht vollständig bestätigen. Patienten mit klinisch relevanter körperdysmorpher Symptomatik wiesen signifikant geringere Mittelwerte in der Skala „Soziale Anpassung“ auf als Patienten ohne körperdysmorphe Symptomatik.

Zwischen Patienten mit subklinischer Ausprägung körperdysmorpher Symptomatik und Patienten ohne körperdysmorphe Symptomatik zeigten sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede in der Skala „Soziale Anpassung“.

Hypothese 5 ließ sich bestätigen. Patienten mit einer sicheren bzw. bedingt sicheren Bindungsrepräsentation wiesen signifikant höhere Mittelwerte in der Skala „Soziale Anpassung“ auf als Patienten mit einer ambivalenten oder einer vermeidend-verschlossenen Bindungsrepräsentation. Zwischen Patienten mit sicherer und bedingt sicherer Bindungsrepräsentation zeigten sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede bezüglich der sozialen Anpassung.

#### 5.2.4 Körpererleben

Zur Beurteilung des Körpererlebens wurde der „Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers“ (Strauß & Appelt 1996) eingesetzt. Zur Auswertung wurde das oben beschriebene Vier-Skalen-Modell verwendet. Die Itemwerte der vier Skalen wurden pro Person zu jeweils einem Skalenscore aufaddiert.

In Tabelle 17 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen sowie die Ergebnisse der Signifikanzprüfung für die vier Skalen des FBeK für Patienten mit klinischer, subklinischer und ohne körperdysmorpher Symptomatik dargestellt.

*Tab. 17: Mittelwerte, Standardabweichungen und die Ergebnisse der Signifikanzprüfung der vier Skalen des FBeK in den drei Untersuchungsgruppen der KDS*

<b>Probanden</b> <b>FBeK</b>	<b>Klinisch relevante körperdysmorphe Symptome</b> <b>m (s)</b>	<b>Subklinische körperdysmorphe Symptome</b> <b>m (s)</b>	<b>Hauterkrankung ohne klin. relevante körperdysmorphe Symptomatik</b> <b>m (s)</b>	<b>Kruskal- Wallis- Test</b> <b>p</b>
<b>Attraktivität/ Selbstvertrauen</b>	6,7 (2,7)	8,2 (7,3)	10,9 (3,5)	<b>&lt; 0.001</b>
<b>Akzentuierung des Erscheinungsbildes</b>	7,6 (2,1)	7,9 (2,3)	6,6 (2,5)	<b>&lt; 0.05</b>
<b>Unsicherheit/ Besorgnis</b>	6,8 (3,1)	6,8 (2,8)	4,5 (2,9)	<b>&lt; 0.001</b>
<b>Körperlich- sexuelles Missempfinden</b>	2,7 (1,6)	3,4 (1,6)	1,0 (1,8)	<b>&lt; 0.001</b>

Es zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede in allen vier Skalen des FBeK.

Zur genaueren Untersuchung wurde mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests untersucht, welche Gruppen sich signifikant voneinander unterscheiden (vgl. Tab. 18)

Tab. 18: Mann-Whitney-U-Test der vier Skalen des FBeK in den drei Untersuchungsgruppen der KDS

Abhängige Variable	Untersuchungsgruppen der KDS	Untersuchungsgruppen der KDS	Mittlere Differenz	Mann-Whitney-U-Test p
Skala Attraktivität und Selbstvertrauen (FBeK)	ohne KDS	subklinische KDS	2,7	< 0.001
		KDS	4,2	< 0.001
	KDS	subklinische KDS	-1,5	> 0.05
Skala Akzentuierung des Erscheinungsbildes (FBeK)	ohne KDS	subklinische KDS	-1,3	< 0.01
		KDS	-1,0	> 0.05
	KDS	subklinische KDS	-0,3	> 0.05
Skala Unsicherheit/ Besorgnis (FBeK)	ohne KDS	subklinische KDS	-2,3	< 0.001
		KDS	-2,3	< 0.01
	KDS	subklinische KDS	0,0	> 0.05
Skala Körperlich-sexuelles Missempfinden	ohne KDS	subklinische KDS	-2,4	< 0.001
		KDS	-1,7	> 0.05
	KDS	subklinische KDS	0,7	> 0.05

Patienten mit subklinischer Ausprägung körperdysmorpher Symptomatik unterschieden sich signifikant von Patienten ohne körperdysmorphe Symptomatik in allen vier Skalen.

Patienten mit klinisch relevanter körperdysmorpher Symptomatik unterschieden sich nur in den Skalen „Attraktivität/Selbstvertrauen“ und „Körperlich sexuelles Missempfinden“ signifikant von den Patienten ohne körperdysmorphe Symptomatik (Tab.18).

Personen mit Hauterkrankungen ohne klinisch relevante Beeinträchtigung erreichten in der untersuchten Stichprobe die signifikant höchsten Werte in der Skala „Attraktivität/Selbstvertrauen“ und die signifikant niedrigsten Werte in den Skalen „Akzentuierung des Erscheinungsbildes“, „Unsicherheit/ Besorgnis“ und „körperlich-sexuelles Missempfinden“. Sie zeigten vergleichbare Werte wie die Eichstichprobe.



Es zeigte sich eine schwache bis mittlere Korrelation zwischen den Werten des DCQ und denen des FBeK (Tab. 19).

Tab. 19: Korrelation zwischen DCQ und FBeK

	Attraktivität/ Selbstvertrauen	Akzentuierung des Erscheinungs- bildes	Unsicherheit/ Besorgnis	Körperlich- sexuelles Missempfinden
DCQ	-0,415**	0,209**	0,332**	0,247**

Anmerkung: \*\* die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig)

Höhere Werte im DCQ gingen mit niedrigeren Werten in der Skala „Attraktivität/Selbstvertrauen“ und höheren Werten in den Skalen „Akzentuierung des Erscheinungsbildes“, „Unsicherheit/Besorgnis“ und „körperlich/sexuelles Missempfinden“ einher.

Im Folgenden sollte nun untersucht werden, ob es zwischen den fünf Bindungsgruppen signifikante Unterschiede in den vier Skalen des FBeK gab.

In Tabelle 20 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen sowie die Ergebnisse der Signifikanzprüfung für die vier Skalen des FBeK für Patienten mit verschiedenen Bindungsrepräsentationen dargestellt.

Tab. 20: Mittelwerte, Standardabweichungen und die Ergebnisse der Signifikanzprüfung der vier Skalen des FBeK in den fünf Untersuchungsgruppen der Bindung

Bindung FBeK	Vermeidend Verschlossen m (s)	Bedingt- sicher m (s)	Sicher m (s)	Ambivalent- anklammernd m (s)	Ambivalent- verschlossen m (s)	Kruskal- Wallis- Test p
Attraktivität/ Selbstvertrauen	10,5 (3,5)	11,6 (3,4)	11,5 (4,1)	10,0 (3,5)	7,3 (3,7)	< 0.001
Akzentuierung d.Erscheinungs- bildes	6,4 (2,4)	6,2 (2,2)	6,9 (2,3)	7,8 (3,0)	6,9 (2,2)	< 0.01
Unsicherheit/ Besorgnis	4,9 (3,0)	3,4 (2,3)	3,9 (2,4)	5,8 (2,1)	6,7 (4,1)	< 0.001
Körperlich- sexuelles Missempfinden	2,4 (1,6)	1,5 (2,0)	1,5 (1,4)	2,6 (1,9)	3,2 (1,7)	< 0.001

Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den fünf Gruppen.

Tab. 21: Mann-Whitney-U-Test der vier Skalen des FBeK in den fünf Gruppen der Bindung

Abhängige Variable	Bindungsmuster	Bindungsmuster	Mittlere Differenz	Mann-Whitney Test p
Skala Attraktivität und Selbstvertrauen (FBeK)	vermeidend-verschlossen	bedingt sicher	- 1,1	> 0.05
		sicher	- 1,0	> 0.05
		ambivalent-anklammernd	0,5	> 0.05
		ambivalent-verschlossen	3,2	< <b>0.001</b>
	bedingt sicher	sicher	0,1	> 0.05
		ambivalent-anklammernd	1,6	< <b>0.05</b>
		ambivalent-verschlossen	4,3	< <b>0.001</b>
	sicher	ambivalent-anklammernd	1,5	< <b>0.05</b>
		ambivalent-verschlossen	4,2	< <b>0.001</b>
	ambivalent-anklammernd	ambivalent-verschlossen	2,7	< <b>0.001</b>
Skala Akzentuierung des Erscheinungsbildes (FBeK)	vermeidend-verschlossen	bedingt sicher	0,4	> 0.05
		sicher	- 0,5	> 0.05
		ambivalent-anklammernd	- 1,4	< <b>0.01</b>
		ambivalent-verschlossen	- 0,5	> 0.05
	bedingt sicher	sicher	- 0,7	> 0.05
		ambivalent-anklammernd	- 1,6	< <b>0.001</b>
		ambivalent-verschlossen	- 0,7	< <b>0.05</b>
	sicher	ambivalent-anklammernd	- 0,9	> 0.05
		ambivalent-verschlossen	0,0	> 0.05
	ambivalent-anklammernd	ambivalent-verschlossen	0,1	> 0.05
Skala Unsicherheit/ Besorgnis (FBeK)	vermeidend-verschlossen	bedingt sicher	1,5	< <b>0.001</b>
		sicher	1,0	< <b>0.05</b>
		ambivalent-anklammernd	- 0,9	< <b>0.05</b>
		ambivalent-verschlossen	- 1,8	< <b>0.05</b>
	bedingt sicher	sicher	- 0,5	> 0.05
		ambivalent-anklammernd	- 2,4	< <b>0.001</b>
		ambivalent-verschlossen	- 3,3	< <b>0.001</b>
	sicher	ambivalent-anklammernd	- 1,9	< <b>0.001</b>
		ambivalent-verschlossen	- 2,8	< <b>0.001</b>
	ambivalent-anklammernd	ambivalent-verschlossen	- 0,9	> 0.05
Skala Körperlich-sexuelles Missempfinden (FBeK)	vermeidend-verschlossen	bedingt sicher	0,9	< <b>0.001</b>
		sicher	0,9	< <b>0.001</b>
		ambivalent-anklammernd	- 0,2	> 0.05
		ambivalent-verschlossen	- 0,8	< <b>0.05</b>
	bedingt sicher	sicher	0,0	> 0.05
		ambivalent-anklammernd	- 1,1	< <b>0.001</b>
		ambivalent-verschlossen	- 1,7	< <b>0.001</b>
	sicher	ambivalent-anklammernd	- 1,1	< <b>0.001</b>
		ambivalent-verschlossen	- 1,7	< <b>0.001</b>
	ambivalent-anklammernd	ambivalent-verschlossen	- 0,6	> 0.05

Im Mann-Whitney-U-Test (Tab. 21) zeigte sich, dass die Patientengruppen mit sicherer und bedingt-sicherer Bindungsrepräsentation in allen vier Skalen ähnliche Werte aufwiesen und sich nicht signifikant voneinander unterschieden ( $p > 0,5$ ).

In der Skala „Attraktivität/ Selbstvertrauen“ zeigten Patienten mit ambivalent-verschlossener Bindung signifikant niedrigere Werte als Patienten mit anderen Bindungsrepräsentationen. Ebenso zeigten Personen mit ambivalent-anklammernder Bindung signifikante Unterschiede zu Personen mit sicherer und bedingt-sicherer Bindung.

In der Skala „Akzentuierung des Erscheinungsbildes“ zeigte lediglich die Patientengruppe mit ambivalent-anklammernder Bindungsrepräsentation signifikant höhere Werte gegenüber den Personen mit anderen Bindungsrepräsentationen.

In der Skala „Unsicherheit/Besorgnis“ zeigten sich bei Patienten mit vermeidend-verschlossener und den beiden ambivalenten Bindungsrepräsentationen signifikant höhere Werte als bei sicher und bedingt sicher gebundenen Personen. Dabei zeigten sich bei den beiden ambivalenten Bindungsrepräsentationen die höchsten Werte bezüglich Unsicherheit und Besorgnis.

Für die Skala „körperlich/sexuelles Missempfinden“ verhielt es sich ähnlich. Die Patientengruppen mit den ambivalenten Bindungsrepräsentationen wiesen in dieser Skala die signifikant höchsten Werte auf. Patienten mit vermeidend-verschlossener Bindungsrepräsentation wiesen ebenfalls signifikant höhere Werte in dieser Skala auf als sicher gebundene Personen.

Abbildung 6 stellt die Mittelwerte der vier Skalen des FBeK für Patienten mit verschiedenen Bindungsrepräsentationen dar.

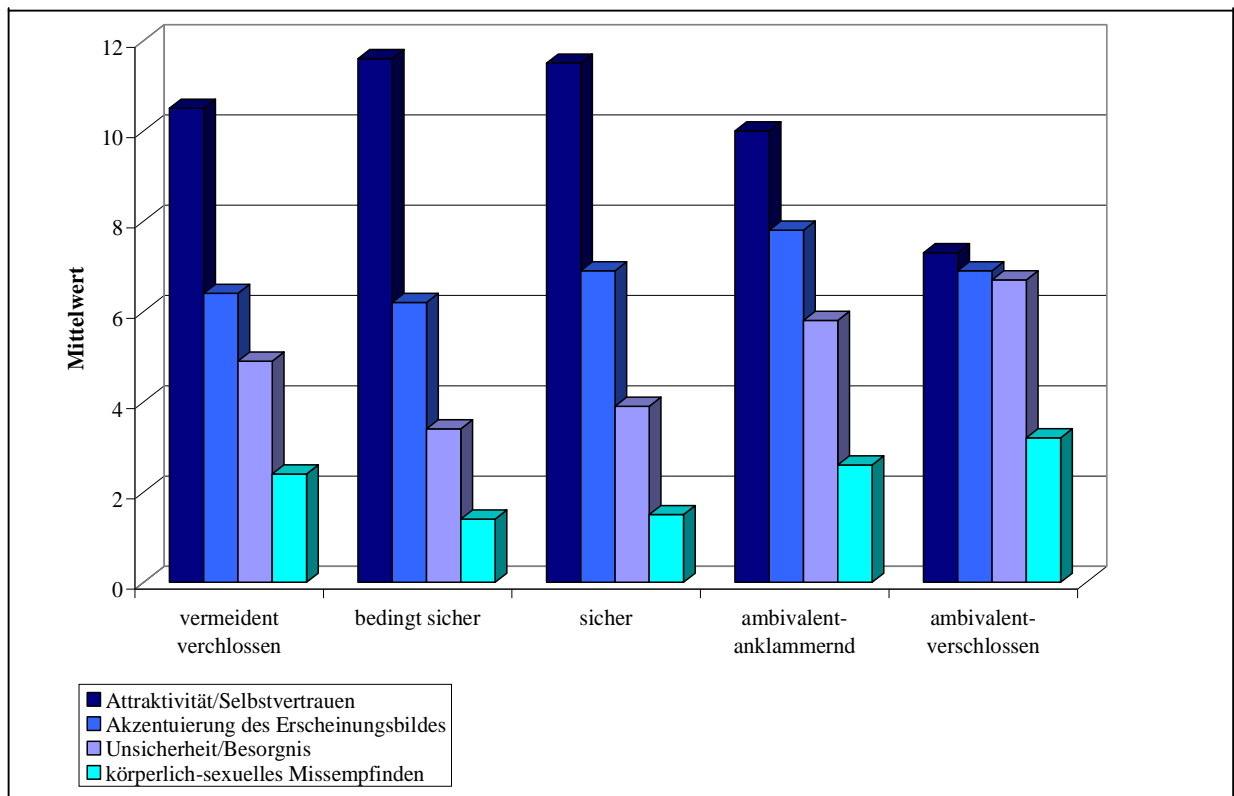


Abb. 6: Mittelwerte der vier Skalen des FBeK

Aus Abbildung 6 war zu entnehmen, dass sich Patienten mit vermeidend-verschlossener, bedingt sicherer und sicherer Bindung kaum voneinander unterscheiden. Patienten mit ambivalent-verschlossener Bindungsrepräsentation zeigten die größten Abweichungen von den anderen.

Zusammenfassend war festzustellen, dass sich die Hypothesen nur zum Teil bestätigen lassen. Bei Patienten mit subklinischer körperdysmorpher Symptomatik fanden sich im Vergleich zu Patienten ohne körperdysmorphe Symptomatik

signifikant höhere Werte in den Skalen „Akzentuierung des Erscheinungsbildes“, „Unsicherheit/Besorgnis“, „körperlich/sexuelles Missempfinden“ und signifikant niedrigere Werte in der Skala „Attraktivität/Selbstvertrauen“.

Patienten mit klinisch relevanter körperdysmorpher Symptomatik zeigten im Vergleich zu Patienten ohne körperdysmorphe Symptomatik

höhere Werte in den Skalen „Akzentuierung des Erscheinungsbildes“, „Unsicherheit/Besorgnis“, „körperlich/sexuelles Missempfinden“ und niedrigere Werte in der Skala „Attraktivität/Selbstvertrauen“,

jedoch konnte nur bei den Skalen „Attraktivität/Selbstvertrauen“ und „körperlich sexuelles Missempfinden“ eine Signifikanz nachgewiesen werden.

Hypothese 7 ließ sich zum Teil bestätigen. Zwischen Patienten mit sicherer und bedingt sicherer Bindungsrepräsentation zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in allen vier Skalen des FBeK.

In der Skala „Attraktivität/Selbstvertrauen“ zeigten Patienten mit sicherer und der bedingt sicherer Bindungsrepräsentation signifikant höhere Werte als Patienten mit den drei anderen Bindungsmustern.

In den Skalen „Unsicherheit/Besorgnis“ und „körperlich/sexuelles Missempfinden“ hatten Patienten mit sicherer und der bedingt sicherer Bindungsrepräsentation signifikant niedrigere Werte als Patienten mit den drei anderen Bindungsmustern.

Die signifikant höchsten Werte in den Skalen „Akzentuierung des Erscheinungsbildes“, „Unsicherheit/Besorgnis“, „körperlich/sexuelles Missempfinden“ und die signifikant niedrigsten Werte in der Skala „Attraktivität/Selbstvertrauen“ zeigten Patienten mit einer ambivalenten Bindungsrepräsentation.

## 5.2.5 Motivation zu psychotherapeutischer Beratung

Die Veränderungsmotivation problematischen Verhaltens zu ändern wurde mit Hilfe der Veränderungsstadienskala (VSS) erfasst. Die Rohwerte der einzelnen Subskalen wurden zu einem Summenscore aufaddiert, anschließend wurde der Mittelwert pro Person und pro Skala gebildet. Die erreichbaren Werte lagen zwischen 1 und 5.

In Tabelle 22 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen sowie die Ergebnisse der Signifikanzprüfung für Patienten mit klinischer, subklinischer und ohne KDS dargestellt.

Tab. 22: Mittelwerte, Standardabweichungen und die Ergebnisse der Signifikanzprüfung der VSS in den drei Untersuchungsgruppen der KDS

Probanden VSS	Klinisch relevante körperdysmorphe Symptome m (s)	Subklinische körperdysmorphe Symptome m (s)	Hauterkrankung ohne klin. relevante körperdysmorphe Symptomatik m (s)	Kruskal- Wallis- Test p
Precontemplation	2,3 (0,5)	2,4 (0,5)	2,2 (0,7)	> 0.05
Contemplation	2,8 (0,7)	2,8 (0,6)	2,0 (0,8)	< 0.001
Action	2,6 (0,4)	2,5 (0,5)	2,1 (0,9)	< 0.001
Maintenance	2,1 (0,8)	2,2 (0,8)	1,6 (0,7)	< 0.001

Zwischen den drei Untersuchungsgruppen zeigten sich signifikante Unterschiede bezüglich der abhängigen Variablen (Tab. 22). Die Werte der Gruppen in den Skalen „Contemplation“, „Action“ und „Maintenance“ unterschieden sich signifikant voneinander. Hinsichtlich der Problembewusstheit (Skala „Precontemplation“) fanden sich keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Um festzustellen, welche Gruppen sich in den Mittelwerten unterscheiden, wurde anschließend der Mann-Whitney-Test durchgeführt. Tabelle 23 fasst die Ergebnisse dieser Tests zusammen.

Tab. 23: Mann-Whitney-U-Test der vier Skalen der VSS in den drei Untersuchungsgruppen der KDS

Abhängige Variable	Untersuchungsgruppe der KDS	Untersuchungsgruppe der KDS	Mittlere Differenz	Mann-Whitney-U-Test p
Skala Precontemplation (VSS)	ohne KDS	subklinische KDS	- 0,2	> 0.05
		KDS	- 0,1	> 0.05
	KDS	subklinische KDS	0,1	> 0.05
Skala Contemplation (VSS)	ohne KDS	subklinische KDS	- 0,8	< <b>0.001</b>
		KDS	- 0,8	< <b>0.001</b>
	KDS	subklinische KDS	0,0	> 0.05
Skala Action (VSS)	ohne KDS	subklinische KDS	- 0,4	< <b>0.01</b>
		KDS	- 0,5	< <b>0.01</b>
	KDS	subklinische KDS	0,1	> 0.05
Skala Maintenance (VSS)	ohne KDS	subklinische KDS	- 0,6	< <b>0.001</b>
		KDS	- 0,5	< <b>0.05</b>
	KDS	subklinische KDS	- 0,1	> 0.05

Es fanden sich in allen vier Skalen der VSS keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit klinischer und subklinischer körperdysmorpher Symptomatik ( $p > 0.05$ ). Signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit und Patienten ohne körperdysmorpher Symptomatik waren in den Skalen „Contemplation“, „Action“ und „Maintenance“ der VSS festzustellen (Tab. 23).

Tabelle 24 zeigt die Korrelationen zwischen den Werten des DCQ und den Mittelwerten der Skalen der VSS.

Tab. 24: Korrelation zwischen DCQ und VSS

	VSS Precontemplation	VSS Contemplation	VSS Action	VSS Maintenance
DCQ	0,219**	0,471**	0,430**	0,401**

Anmerkung: \*\* die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig)

Die Werte des DCQ korrelieren positiv mit den Mittelwerten der Skalen „Contemplation“, „Action“ und „Maintenance“ korrelierten.

Bei Patienten mit klinischer und subklinischer körperdysmorpher Symptomatik fanden sich gegenüber Patienten ohne KDS signifikant höhere Werte in den Skalen „Contemplation“, „Action“ und „Maintenance“.

Aufgrund der nicht zufrieden stellenden Konstruktvalidität im Originaltext wurden nach Rücksprache mit dem Autor (Heidenreich) zwei Einzelitems der Veränderungsstadienskala separat betrachtet. Mit Hilfe dieser zwei Items sollte untersucht werden, ob bei den Patienten ein Bedarf an psychologischer Beratung besteht. Die fünf Antwortmöglichkeiten wurden zu zwei Antwortmöglichkeiten zusammengefasst. Antwortmöglichkeit 1 („nicht zutreffend“) blieb stehen. Unter „zutreffend“ wurden die Antwortmöglichkeiten „ein wenig zutreffend“, „ziemlich zutreffend“, „stark zutreffend“ und „sehr stark zutreffend“ zusammengefügt.

Tabelle 25 zeigt die Ergebnisse dieser zwei Fragen.

Tab. 25: Absolute und relative Häufigkeiten der 5 Antwortmöglichkeiten der Fragen 21 & 24 der VSS

	Klinisch relevante körperdysmorphe Symptome	Subklinische körperdysmorphe Symptome	Hauterkrankung ohne klin. relevante körperdysmorphe Symptomatik
Vielleicht kann mir durch eine psychologische Beratung geholfen werden. (Frage 21) <b>p &lt; 0.001</b>			
nicht zutreffend %(n)	45,4 (5)	47,4 (9)	62,6 (235)
zutreffend %(n)	54,6 (6)	52,6 (10)	37,4 (102)
fehlend n	2	2	38
Mittelwert	2,09	2,00	1,50

Fortsetzung Tab. 25: Absolute und relative Häufigkeiten der 5 Antwortmöglichkeiten der Fragen 21 & 24 der VSS

	Klinisch relevante körperdysmorphe Symptome	Subklinische körperdysmorphe Symptome	Hauterkrankung ohne klin. relevante körperdysmorphe Symptomatik
Ich hoffe, dass ein psychologischer Berater einen guten Rat für mich hat. (Frage24)			<b>p &lt; 0.001</b>
<b>nicht zutreffend % (n)</b>	45,4 (5)	36,8 (7)	60,3 (226)
<b>zutreffend % (n)</b>	54,6 (6)	63,2 (12)	39,7 (110)
<b>fehlend n</b>	2	2	39
<b>Mittelwert</b>	2,18	2,42	1,56

Die Auswertung zeigte, dass Patienten ohne körperdysmorphe Symptomatik die Frage 21 und 24 signifikant häufiger als nicht zutreffend fanden. Bei der Frage, ob den Patienten durch eine psychologische Beratung geholfen werden könne, beantworteten 54,6% der Patienten mit körperdysmorpher Symptomatik und 52,6% der Patienten mit subklinischer KDS positiv, wohingegen nur 37,4% der Patienten ohne klinisch relevante körperdysmorphe Symptomatik diese Frage positiv beantworteten. Es zeigte sich demnach ein signifikant größerer Bedarf an psychologischer Beratung bei Patienten mit klinisch relevanter und subklinischer Ausprägung körperdysmorpher Symptomatik, der jedoch nur von etwas mehr als der Hälfte der Patienten geäußert wurde.

Hypothese 8 ließ sich demzufolge nur zum Teil bestätigen. Patienten mit subklinischer bzw. klinischer körperdysmorpher Symptomatik weisen eine signifikant höhere Motivation zu psychotherapeutischer Beratung auf als Patienten ohne körperdysmorphe Symptomatik.

Bei Patienten mit klinischer und subklinischer körperdysmorpher Symptomatik fanden sich gegenüber Patienten ohne KDS

- signifikant höhere Werte in der Skala „Contemplation“
- signifikant höhere Werte in der Skala „Action“
- signifikant höhere Werte in der Skala „Maintenance“.

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Skala „Precontemplation“.



## 6 Diskussion

Patienten mit körperdysmorpher Symptomatik unterziehen sich am häufigsten einer kosmetisch-chirurgischen oder einer differentiell dermatologischen Behandlung. In Studien fanden sich bei ca. 8-12% der ambulanten dermatologischen Patienten Hinweise auf eine klinisch relevante körperdysmorphe Symptomatik (Stangier & Gieler 1998: 8,7%, Phillips et al. 2000: 11,9%). Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass diese Störung relativ häufig vorkommt, jedoch in der Praxis oftmals nicht erkannt wird.

In der vorliegenden Arbeit wurde die Häufigkeit von körperdysomorphen Symptomen mit dem Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ) ermittelt. Der DCQ ist ein Screening Instrument für klinisch relevante und subklinische körperdysmorphe Symptomatik. Es sollte darauf hingewiesen werden, dass ein Teil der Patienten mit positivem Testergebnis letztlich keine körperdysmorphe Symptomatik aufweist. Dies ist dadurch zu erklären, dass Patienten mit sichtbaren oder entstellenden Hauterkrankungen (z.B. schwere Form der Akne) zeitweise ähnliche Symptome entwickeln können wie Patienten mit einer KDS (Niemeier et al. 2002). Aus diesem Grund wird der DCQ häufig in Kombination mit einer Fremdbeurteilungsskala eingesetzt, bei der sowohl Arzt als auch Patient den Grad des wahrgenommenen Mangels einschätzen müssen. Die Einschätzung des Arztes ist jedoch sehr subjektiv und kann zu fehlerhaften Werten führen, da es hierfür noch an Beurteilungskategorisierungen mangelt und deshalb keine Ratingschulungen möglich sind. Ein Arzt findet z.B. einen Leberfleck im Gesicht als entstellend, ein anderer empfindet denselben Leberfleck als nicht störend. In der vorliegenden Studie wurde aufgrund des eben genannten Problems sowie aufgrund von Durchführungsschwierigkeiten (Personalmangel, gestresste Ärzte etc.) auf die Verwendung einer Fremdbeurteilungsskala verzichtet. Bei einer vergleichbaren Studie bei ambulanten dermatologischen Patienten der Universitätsklinik Jena zeigte sich nach Verwendung dieser Skala bei Patienten mit klinisch relevanter körperdysmorpher Symptomatik eine Reduzierung von 7,9% auf 5,4% und bei Patienten mit einer subklinischen körperdysomorphen Symptomatik eine Relativierung von 8,7 auf 8,3% (Ritter 2005). Diesem Ergebnis zufolge könnte durch das Nichteinsetzen der Fremdbeurteilungsskala die in der vorliegenden Arbeit ermittelten Prävalenzraten für die KDS geringfügig höher sein als sie tatsächlich wären.

In der vorliegenden Studie wiesen insgesamt 3,2% der dermatologischen Patienten eine klinisch relevante körperdysmorphe Symptomatik und 5,2% eine subklinische Ausprägung der KDS auf. Dabei ist jedoch zu bemerken, dass kein stationärer Patient eine klinische, und nur ein Patient eine subklinische körperdysmorphe Symptomatik aufwies. Dieses Ergebnis

zeigte eine Prävalenz, die sogar unterhalb der Allgemeinbevölkerung liegt (Stangier et al. 2005: 0,9%, Rief et al. 2005: 1,7%). Grund dafür könnte das hohe Alter der stationären Patienten sein (Durchschnittsalter der stationären Patienten  $M = 51,4$ ,  $s = 15,1$ ). Der Anlass des stationären Aufenthaltes, insbesondere die häufig damit verbundene Diagnose der malignen Hauterkrankung, könnte eine weitere mögliche Erklärung für die geringe Prävalenz der KDS bei diesen Patienten sein. So wurden fast 40% der stationären Patienten wegen der Diagnose „Nävi und Tumore“ in das Krankenhaus eingewiesen. Diese Patienten haben oftmals, aufgrund der Schwere der Erkrankung oder der infausten Prognose, psychische Probleme im Rahmen ihrer Krankheitsverarbeitung. Am häufigsten wiesen die Patienten der Hautarztpraxis eine körperdysmorphe Symptomatik auf. 9,3% dieser Patienten zeigten Hinweise auf eine klinisch relevante körperdysmorphe Symptomatik, und bestätigen somit die bisherigen Prävalenzraten für ambulante dermatologische Patienten (Stangier & Gieler 1998: 8,7%, Phillips et al. 2000: 11,9%). Bei 11,9% der Patienten der Hautarztpraxis zeigten sich Hinweise auf eine subklinische Ausprägung der körperdysomorphen Symptomatik. Untersuchungen zur subklinischen KDS sind spärlich. Altamura et al. (2001) ermittelten dafür eine Prävalenzrate von 18,4%. Die Untersuchung fand jedoch an einem Zentrum für ästhetische Medizin statt und ist somit nicht direkt vergleichbar, da in der spezialisierten kosmetischen Chirurgie von einer höheren Prävalenzrate als in der umfassenderen Dermatologie ausgegangen werden kann. Ritter (2005) fand bei ambulanten dermatologischen Patienten eine Prävalenzrate von 8,7% für die subklinische körperdysmorphe Symptomatik. Die ermittelten Prävalenzraten sind nicht als absolutes Ergebnis anzusehen. Durch das fehlende Einsetzen der Fremdbeurteilungsskala sind geringfügige Abweichungen möglich. Als weitere Fehlerquelle ist die Teilnahmebeteiligung anzusehen. Nicht jeder Patient war bereit, an der Untersuchung teilzunehmen. Ein Teil der Patienten lehnte die Befragung von vornherein ab, ein anderer Teil wiederum füllte nur die Hälfte des Fragebogens aus, so dass dieser nicht auswertbar war.

Insgesamt waren ca. 30% aller Patienten bereit an der Untersuchung teilzunehmen, infolgedessen sind die Ergebnisse nur als richtungsweisend anzusehen. Die hier vorliegende Studie belegt bisherige Befunde, die besagen, dass bei ambulanten dermatologischen Patienten die körperdysmorphe Symptomatik signifikant häufiger vorkommt als in der Allgemeinbevölkerung (Stangier et al. 2005: 0,9%). Ebenso konnte bestätigt werden, dass die subklinische Ausprägung der körperdysomorphen Symptomatik häufiger vorkommt als die klinisch relevante Form.

In der vorliegenden Arbeit wurden auch soziodemographische Daten im Zusammenhang mit der KDS untersucht.

Betroffene, die sich für entstellt halten, vermeiden vielfach öffentliche Situationen und ziehen sich zurück. In klinischen Studien berichteten 66-85% der Patienten nicht verheiratet oder geschieden zu sein (Cotterill 1996, Phillips et al. 2001, 2006). Dies bestätigte auch die vorliegende Untersuchung, bei der 55,6% der Patienten mit subklinischer und 76,9% der Patienten mit klinisch relevanter körperdysmorpher Symptomatik angaben, ohne einen Partner zu leben. Der geringere Prozentsatz bei den Patienten mit subklinischer Symptomatik lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass nach Altamura et al. (2001) bei der subklinischen körperdysmorphen Störung die Hauptsymptome der KDS präsent sind, diese jedoch keine bedeutsamen Einschränkungen im sozialen oder beruflichen Bereich nach sich ziehen. Die Frage ob Personen mit KDS keinen Partner finden, keinen wollen, oder verlassen wurden, bleibt offen.

Bezüglich des Schulabschlusses und des Berufes zeichnete sich kein Trend ab. Es wurde vermutet, dass Patienten mit KDS besonders in Berufen arbeiten, in denen man auf das Äußere achtet. Aufgrund der häufig fehlenden Angaben bezüglich des Berufes war es nicht möglich hypothesengeleitete Kategorien zu bilden, so dass eine statistische Auswertung entfiel. Bei den vorhandenen Berufsangaben zeigte sich, dass die Betroffenen in den verschiedensten Berufen arbeiteten (Angestellte, Friseurin, Informatikerin, Köchin, Lehrer, Facharbeiter usw.). Eine tabellarische Auflistung findet sich im Anhang (B.1).

Im Hinblick auf das Alter zeigte sich bei Patienten mit klinisch relevanter körperdysmorpher Symptomatik ein Durchschnittsalter von  $37,5 \pm 18,4$  Jahren und bei Patienten mit subklinischer KDS ein Durchschnittsalter von  $40,2 \pm 18,6$  Jahren. Phillips et al. (2001, 2006) ermittelten in ihren Untersuchungen bei Patienten mit KDS ein Durchschnittsalter von  $33 \pm 12,2$  Jahren, Stangier et al. (2000) ein Durchschnittsalter von  $33,6 \pm 10,3$  Jahren. Das in der vorliegenden Studie ermittelte höhere Durchschnittsalter ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass sich bei Patienten mit körperdysmorpher Symptomatik in dieser Arbeit zwei Altersspitzen zeigten. Zum einen waren die Patienten mit körperdysmorpher Symptomatik gehäuft im Alter zwischen 18 und 45 Jahren (65%), und dann wieder ab einem Alter von ca. 65 Jahren (ca. 20%) vorzufinden. Dieses Ergebnis ließ sich in keiner anderen Studie finden, jedoch wurde in diesen immer nur das Durchschnittsalter angegeben. Betrachtet man die geringen Fallzahlen der Patienten mit KDS dieser Arbeit, so sind weitere Forschungen nötig, um dieses Resultat näher untersuchen zu können. Die zwei Altersspitzen

waren dennoch als Hinweis darauf zu werten, dass KDS Symptome durchaus auch im höheren Alter vorkommen können.

John Bowlby (1988) war der Auffassung: „dass die Unfähigkeit, sich in einer Bindungsbeziehung sicher zu fühlen, ein wichtiges Korrelat psychiatrischer Störungen darstelle“. Aus diesem Grunde und aufgrund zahlreicher empirischer Studien (Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg 1996, Dozier et al. 1999, Schmidt 2003, Waller et al. 2004) ist davon auszugehen, dass Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen gehäuft einen unsicheren Bindungsstil aufweisen.

Die Bindungsmuster wurden in der vorliegenden Studie mit Hilfe des BFPE erfasst. Mit Clusteranalysen konnte jedem Patient eindeutig ein Bindungsmuster zugeordnet werden. Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Patienten. Zwischen Patienten mit und ohne körperdysmorpher Symptomatik hingegen waren signifikante Gruppenunterschiede nachzuweisen. Bei den Patienten mit klinisch relevanter körperdysmorpher Symptomatik wiesen 58,3% eine vermeidend-verschlossene Bindung auf, 25% eine ambivalent-verschlossene und nur 8,3% jeweils eine sichere bzw. bedingt sichere Bindung auf. Im Vergleich zu der von Höger et al. (2007) dargestellten bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe, die 20,6% vermeidend-verschlossen, 21,3% sicher, 19,6% bedingt sicher, 21,6% ambivalent-anklammernd und 16,9% ambivalent-verschlossen gebundene Probanden angibt, weicht die gefundene Verteilung deutlich ab.

Hier sollte nochmals Bezug auf die bindungstheoretische Sicht genommen werden. Es werden eine primäre sichere und zwei sekundäre unsichere Bindungsstrategien unterschieden (Höger & Buschkämper 2002). Die beiden sekundären können entweder zu einer Deaktivierung (bei unsicher-vermeidender Bindung) oder zu einer Hyperaktivierung (bei unsicher-ambivalenter Bindung) des Bindungssystems führen. Das bedeutet, dass bei vermeiden-verschlossen gebundenen KDS-Patienten das Bedürfnis nach Nähe und Unterstützung aufgrund ihrer empfundenen Hässlichkeit unterdrückt wird, um der Gefahr einer Zurückweisung zu entgehen. Bei diesen Personen werden bindungsrelevante Informationen vom Bewusstsein ausgeschlossen.

Bei den unsicher-ambivalent gebundenen Patienten entwickelt sich aufgrund der intermittierenden, nicht vorhersagbaren Bedürfnisbefriedigung ein permanent aktiviertes Bindungsverhalten gepaart mit Misstrauen. Das Bindungssystem ist hierbei gekennzeichnet durch eine intensive Wahrnehmung und Verarbeitung bindungsrelevanter Informationen.

Eine weitere Fragestellung der Arbeit war, ob es Unterschiede in der Bindungsrepräsentation (sicher, unsicher) innerhalb klinischer Stichproben gibt. Da der BFPE jedoch ein relativ neues und noch wenig eingesetztes Messinstrument ist, ließen sich nur wenige klinische Untersuchungen finden.

Steins et al. (2002) untersuchten 51 stationär liegende Patientinnen mit Essstörungen hinsichtlich der Bindungsrepräsentation mit Hilfe des BFPE. Dabei wiesen 18% eine sichere Bindung auf, 53% eine unsicher-vermeidende und 29% eine unsicher ambivalente. Im Vergleich dazu zeigte eine Kontrollgruppe einen gleichen Anteil von unsicher-vermeidend gebundenen Personen, jedoch einen signifikant größeren Anteil von sicher gebundenen Frauen (35%). Die Bindungsrepräsentation bei Patientinnen mit Vulvodynie untersuchte Hartmann (2003). Dabei wiesen 41,9% eine vermeidend-verschlossene, 43,5% eine unsicher-ambivalente und jeweils 4,8% eine unsicher-vermeidende, eine sichere bzw. eine verschlossene Bindung auf.

In zwei großen Meta Analysen wurde die Bindungsrepräsentation von Ergebnissen des Adult Attachment Interviews (AAI) dargestellt. Diese sind nicht direkt mit dem BFPE vergleichbar, da sie, wie schon erwähnt, auf Ergebnissen des AAI basieren. Sie sollten aber an dieser Stelle genannt werden, da eine große Anzahl von psychisch kranken Patienten untersucht wurde. Die Analysen von Dozier et al. (1999) zeigten bei 16,5% der 393 psychiatrischen Patienten eine sichere, und bei 83,5% eine unsicher Bindungsrepräsentation. Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg (1996) ermittelten bei 12,5% der 439 Patienten mit psychischen Störungen eine sichere, und bei 87,5% eine unsichere Bindung. In einer gesunden Kontrollgruppe von 870 Individuen (Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg 1996) wiesen im Gegensatz dazu 59,2% eine sichere Bindungsrepräsentation auf.

Es ist somit festzustellen, dass in klinischen Studien eine unsichere Bindungsrepräsentation bei über 80% der Patienten viel häufiger vorkommt als eine sichere, was auch in der vorliegenden Studie bestätigt werden konnte.

Auffällig war, dass die Patienten ohne klinisch relevante körperdysmorphe Symptomatik eine sichere Bindung signifikant weniger aufwiesen (29,3%) als gesunde Personen (ca. 60%). Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass es zahlreiche dermatologische Erkrankungen gibt, die mit psychischen Faktoren assoziiert sind. Die Zusammenhänge zwischen Haut und Seele sind schon seit dem Altertum bekannt. Sowohl die Haut als auch das Gehirn, welches für die seelischen Vorgänge das wichtigste Organ des Menschen ist, entstehen aus demselben Keimblatt, dem Ektoderm, und sind somit eng verbunden. Diese geringe Anzahl an Patienten

mit sicherem Bindungsmuster könnte demnach als Hinweis darauf zu deuten sein, dass bei einem Großteil dieser dermatologischen Patienten psychische Belastungen, teils auch unbewusst, eine große Rolle spielen.

Die soziale Anpassung wurde in der vorliegenden Studie mit Hilfe des Selbstbeurteilungsfragebogens zu sozialen Aktivitäten (SASS, deutsche Fassung: Stangier 2003) erfasst.

Es zeigte sich bei der Auswertung der Ergebnisse, dass keine der Patientengruppen Werte erreicht, bei denen von einer eingeschränkten sozialen Aktivität auszugehen ist. Es waren dennoch signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit und Patienten ohne KDS festzustellen. Diejenigen mit klinisch relevanter körperdysmorpher Symptomatik zeigten wie erwartet die signifikant geringste soziale Anpassung und erreichen im Mittel nahezu Werte bei denen man von einer beeinträchtigten sozialen Anpassung ausgehen kann ( $m = 36,8$ ). Dieses Ergebnis bestätigte die bisherigen Studien, in denen dargestellt werden konnte, dass die Körperdysmorphie Störung mit erheblichen Einschränkungen im sozialen und familiären Umfeld einhergehen kann. Die Krankheit kann zu sozialem Rückzug, zunehmender Isolation und sozialen Ängsten führen (Stangier et al. 2000, Uzun et al. 2003). Bei einer vergleichbaren Studie an ambulanten dermatologischen Patienten zeigte sich bei den Patienten mit klinisch relevanter körperdysmorpher Symptomatik ein geringfügig niedrigerer Mittelwert von 33,7, und bei Patienten mit subklinischer Ausprägung körperdysmorpher Symptomatik ein Mittelwert von 40,0 bei der Auswertung der SASS (Ritter, 2005).

Patienten mit subklinischer Ausprägung körperdysmorpher Symptomatik wiesen nach der eben genannten und der vorliegenden Studie eine signifikant bessere soziale Anpassung auf als Patienten mit klinisch relevanter körperdysmorpher Symptomatik. In dieser Untersuchung erreichten diese Patienten einen Mittelwert von 41,2. Dies bestätigt folglich das Ergebnis von Altamura et al. (2001), wonach ein Unterschied zwischen Patienten mit subklinischer und klinisch relevanter körperdysmorpher Symptomatik darin liegt, dass diese mit subklinischer Ausprägung in der Regel keine klinisch bedeutsamen Beeinträchtigungen im sozialen Umfeld aufweisen.

Mit Hilfe der Auswertungen der SASS lassen sich jedoch nur Aussagen zu der sozialen Aktivität und somit der sozialen Anpassung machen. Inwieweit diese sozialen Aktivitäten bei den Patienten mit sozialen Ängsten einhergehen bleibt ungeklärt.

Zahlreiche Studien machten deutlich, dass die Körperdysmorphie Störung häufig mit einer Depression oder einer sozialen Phobie verbunden ist (Sarwer et al. 2003, Cotterill 1996). In einer Untersuchung von Phillips et al. (2001) wurde bei 73,7% der 250 KDS Patienten eine „major depression“ und bei 36,8% eine soziale Phobie diagnostiziert.

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen den Bindungsmustern und der sozialen Anpassung zeigt sich bei allen fünf Bindungsgruppen keine Beeinträchtigung in der sozialen Anpassung. Jedoch wiesen Patienten mit einer sicheren Bindungsrepräsentation die beste, und Patienten mit einer ambivalent-verschlossenen Bindungsrepräsentation die geringste soziale Anpassung von allen Gruppen auf.

Das „social competencies and interpersonal processes“ (SCIP) Model von Mallinckrodt (2000) verbindet die sozialen Kompetenzen entwicklungspsychologisch mit der Bindungstheorie. Dabei wird davon ausgegangen, dass eine sichere Bindung im Kindesalter dazu führt, soziale Kompetenzen zu entwickeln, die benötigt werden um enge Freundschaften zu schließen und aufrechtzuerhalten. Unsichere Bindung hingegen führt zu Angst und Vermeidung bzw. zu Defiziten der sozialen Kompetenz.

Das SCIP Model definiert soziale Kompetenzen als „skills needed to recruit and maintain satisfying and supportive relationships“ zusammen mit „trait-like dispositions that govern use of these skills“ (Mallinckrodt 2000).

Der Einfluss von Bindung auf die sozialen Kompetenzen ist vielfach in der Literatur bestätigt worden. Im Rahmen der Regensburger Langzeitstudie untersuchte Suess (1987) Kinder hinsichtlich ihres Bindungstyps und ihren sozialen Kompetenzen. Es zeigte sich dabei, dass sicher gebundene Kinder eher Spielaktivitäten mit anderen Kindern initiierten als unsicher-vermeidend gebundene. Sicher gebundene Kinder erwiesen sich kompetenter in Konfliktsituationen mit Gleichaltrigen. In einer Studie von Elicker et al. (1992) konnte dargestellt werden, dass sicher gebundene Kinder im Schul- und Jugendalter eine hohe soziale Kompetenz, ein beziehungsorientiertes Verhalten und bessere Freundschaftsbeziehungen aufwiesen als unsicher gebundene Personen. Moreira et al. (1998) kamen in einer Studie an 138 Studenten zu dem Ergebnis, dass sicher gebundene Individuen über mehr soziale Kompetenz verfügen, vermeidend gebundene Versuchspersonen eher zu Introversion, und ängstlich-ambivalent gebundene eher zu Neurotizismus neigen. Im Jahre 1998 zeigten Ognibene und Collins an einer Stichprobe von 80 jungen Erwachsenen, dass sicher gebundene Individuen eine größere soziale Unterstützung von nahe stehenden Personen erfahren und diese in Stresssituationen auch eher suchen als Personen mit einem unsicheren

Bindungsstil. Die Erklärung für die größere soziale Anpassung bei sicher gebundenen Personen liegt vermutlich in der Bindungsentwicklung. Schon im frühesten Kindesalter verfügen sicher gebundene Kinder über mehr Neugier und können dadurch leichter in Kontakt mit andern Kindern treten als unsicher gebundene Kinder (Gardner 1985). Sicher gebundene Menschen haben im Gegensatz zu den unsicher gebundenen Personen die Erfahrung gemacht, dass auf ihre Bedürfnisse immer angemessen und einfühlsam eingegangen wurde. Aus diesem Grund suchen sie bei Bedarf die Nähe zu anderen Menschen, wodurch das Bindungsverhalten zu einem erfolgreichen Abschluss gelangen kann, so dass ein Gefühl der Sicherheit entsteht. Unsicher gebundene Personen haben größtenteils kein Vertrauen in ihre Umwelt, Angst vor Zurückweisung sowie Mangel an Selbstbewusstsein, so dass sie der Interaktion mit ihrer Umwelt ausweichen (Lieberman & Pawl 1990). Somit überrascht es nicht, dass es in der vorliegenden Studie ebenfalls die Personen mit einem sicheren Bindungsmuster sind, welche die größte soziale Anpassung aufwiesen.

Die Fragestellung des Körpererlebens bei dermatologischen Patienten wurde mit dem „Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers“ (FBeK) erfasst. Es zeigte sich, dass die Patienten mit Hauterkrankungen ohne klinisch relevanter körperdysmorpher Beeinträchtigung wie erwartet die signifikant höchsten Werte in der Skala „Attraktivität/Selbstvertrauen“ und die signifikant niedrigsten Werte in den Skalen „Akzentuierung des Erscheinungsbildes“, „Unsicherheit/ Besorgnis“ und „körperlich-sexuelles Missempfinden“ erreichten. Sie zeigen vergleichbare Werte wie die Eichstichprobe.

Die niedrigeren Werte der Patienten mit körperdysmorpher Symptomatik in der Skala „Attraktivität/Selbstvertrauen“ im Vergleich zur Eichstichprobe und im Vergleich zu Patienten ohne KDS weisen auf eine geringere Zufriedenheit bzw. Freude am eigenen Körper hin. Sie können sich nicht mit dem Aussehen, dem Körper, der Figur oder einzelnen Körpermerkmalen identifizieren. Die höheren Werte in der Skala „Akzentuierung des Erscheinungsbildes“ zeigen eine besondere Betonung des Aussehens und eine größere Beschäftigung mit dem eigenen Körper. Die höheren Werte der Skala „Unsicherheit/ Besorgnis“ zeigen die Verunsicherung oder das Misstrauen gegenüber körperlichen Vorgängen und das Gefühl der Unsicherheit und mangelnder Körperselbstkontrolle. Die hohen Werte der Skala „körperlich-sexuelles Missempfinden“ weisen auf sexuelle Unzufriedenheit bzw. Missempfindungen hin. Diese Ergebnisse trafen erwartungsgemäß zu.



Wie schon oft in der Literatur erwähnt, spielen Beeinträchtigungen der Körperwahrnehmung und des Körpererlebens bei somatischen und bei psychischen Erkrankungen (z.B. Somatoforme Störungen, Schizophrenien, Essstörungen) eine wesentliche Rolle (Cash & Deagle 1997, Thompson et al. 1999). In zahlreichen Studien an Patienten mit Essstörungen zeigten sich ähnliche Ergebnisse wie in der vorliegenden Arbeit (Cash & Deagle 1997, Buddeberg-Fischer et al. 1999, Ward et al. 2000, Friedberg & Lyddon 1996). So untersuchten z.B. Buddeberg-Fischer et al. (1999) den Zusammenhang zwischen Körpergewicht, psychiatrischen Störungen und dem Körperbild bei 136 jungen Frauen. Dabei zeigten sich bei der Auswertung des FBeK in der Skala „Attraktivität/Selbstvertrauen“ besonders bei den übergewichtigen Personen signifikant geringere Werte. In den 3 anderen Skalen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Ebenso wurde deutlich, dass eine psychiatrische Morbidität stark mit Beeinträchtigungen in „Attraktivität/Selbstvertrauen“, „Unsicherheit/ Besorgnis“ und „sexuellem Missempfinden“ korreliert.

Bei einer Untersuchung an Patienten mit Acne vulgaris (Welp 1988) fand sich im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, dass diese Patienten sich geringfügig unsicherer bzw. weniger attraktiv fühlten und mehr auf ihren Körper achten. Bei dieser Untersuchung wurde die individuelle Verarbeitung des Körperbildes besonders gut verdeutlicht. Einige Patienten hatten trotz starker Ausprägungen keinerlei Leidensdruck, andere hatten bei minimalen Veränderungen starke Persönlichkeitsstörungen. Diese Problematik könnte auch bei der Entwicklung einer körperdysmorphen Symptomatik bei dermatologischen Patienten eine große Rolle spielen, denn „Zufriedenheit mit dem eigenen äußeren Erscheinungsbild ist ein rein subjektives Phänomen, das nur durch die individuelle Psychodynamik verstanden werden kann.“ (Gieler 1986).

Zur Frage, inwieweit ein negatives Körpererleben mit einer unsicheren Bindungsrepräsentation einhergeht, zeigte sich, dass Patienten mit unsicherer Bindung höhere Werte in den Skalen „Attraktivität/Selbstvertrauen“, „Unsicherheit/ Besorgnis“ und „körperlich-sexuelles Missempfinden“ aufwiesen als Patienten mit sicherer bzw. bedingt sicherer Bindungsrepräsentation. Die größte Signifikanz konnte dabei bei Patienten mit ambivalent-verschlossener Bindung nachgewiesen werden. In der Skala „Akzentuierung des Erscheinungsbildes“ zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Patienten mit sicherer bzw. bedingt sicherer Bindungsrepräsentation zeigten vergleichbare Werte wie die Eichstichprobe.

Cash et al. (2004) untersuchten ebenfalls den Zusammenhang zwischen Körperbild und Bindungsrepräsentation in einer Studie mit 238 College Studentinnen und Studenten. Dabei zeigte sich, dass Individuen mit unsicherem Bindungsmuster viel unzufriedener mit ihrem Körperbild waren und eine größere Beschäftigung mit dem eigenen Körper präsentierten. Diese größere Beschäftigung mit dem eigenen Körper konnte in der vorliegenden Studie nicht nachgewiesen werden.

Bei einer Untersuchung an 96 Frauen mit Essstörungen von Troisi et al. (2006) bezüglich des Zusammenhangs zwischen Bindungsmuster und Körperunzufriedenheit stellte sich ebenfalls dar, dass die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper mit einem unsicheren Bindungsmuster einhergeht. Ein vergleichbares Ergebnis fanden Sharpe et al. (1998) bei einer nichtklinischen Studie an 305 jugendlichen Mädchen, bei denen die unsicher gebundenen über signifikant mehr Gewichtsprobleme und ein geringeres Selbstwertgefühl berichteten. Diese und die vorliegende Studie zeigten, dass ein unsicheres Bindungsmuster möglicherweise einen Risikofaktor für die Entwicklung eines negativen Körperbildes darstellt.

Personen die in ihrer Kindheit nie die Erfahrung von Vertrauen und liebevoller Zuwendung erfahren haben, können im späteren Leben ein Selbstbild von einer nicht liebenswerten Person und auch ein Modell von anderen Personen als nicht liebenswert entwickeln. Sie erwarten nicht, dass ihnen wichtige und nahe stehende Personen bei Problemen für sie da sind. Bei diesen unsicher gebundenen Individuen könnte die Unzufriedenheit über den eigenen Körper mit ihrem verminderten Selbstwertgefühl und den größeren Erwartungen von anderen abgelehnt zu werden, verbunden sein. Möglicherweise versuchen diese Personen in besonderem Maße von anderen akzeptiert zu werden und reagieren besonders sensibel auf die von der Gesellschaft vermittelten körperlichen Ideale (Troisi et al. 2006). Sie versuchen auf diesem Weg eine Akzeptanz zu erhalten und reagieren stark übertrieben auf äußerliche Mängel.

Die Motivation zu psychotherapeutischer Beratung wurde untersucht, da bei einem Großteil der dermatologischen Patienten von behandlungsbedürftigen psychosomatischen Problemen ausgegangen werden kann. In zahlreichen klinischen Studien konnte eine Häufung psychischer Störungen in der Dermatologie nachgewiesen werden. Coskun et al. (2005) ermittelten bei 61,7% der 520 untersuchten dermatologischen Patienten eine psychiatrische Störung (Depressive Störung, Angststörung, Zwangsstörung oder Borderline-Persönlichkeitsstörung). Nach einer Untersuchung von Uzun et al. (2003) litten 24,8% der

159 untersuchten Patienten mit Akne unter einer psychiatrischen Störung. Hughes et al. (1983) untersuchten diesen Zusammenhang bei 196 ambulanten und stationären Patienten, und fanden bei 60% der stationären und 30% der ambulanten Patienten eine psychische Störung.

Die Veränderungsmotivation der Patienten, welche das Bestreben problematisches Verhalten tatsächlich verändern zu wollen bezeichnet, wurde in der vorliegenden Studie mit Hilfe der Veränderungsstadienskala (VSS; Heidenreich et al. 2001) und deren vier Veränderungsstadien „Precontemplation“, „Contemplation“, „Action“ und „Maintenance“ ermittelt.

In der Skala „Precontemplation“ wiesen alle Patienten, jeweils mit und ohne körperdysmorpher Symptomatik, eher niedrige Mittelwerte auf. Diese niedrigen Mittelwerte weisen darauf hin, dass sich die Patienten eines Problems bewusst sind und dass eine Veränderungsbereitschaft vorliegt.

In der Skala „Contemplation“ hatten die Patienten mit klinisch relevanter und subklinischer KDS signifikant höhere Mittelwerte als Patienten mit einer Hauterkrankung ohne klinisch relevante körperdysmorphe Symptomatik. Diese höheren Mittelwerte weisen auf eine höhere Nachdenklichkeit bezüglich des Problems hin. Die Betroffenen haben möglicherweise häufig unter den scheinbaren Belastungen der KDS zu leiden und müssen sich öfter mit dem Problem auseinandersetzen.

Es zeigten sich ähnliche Ergebnisse in der Skala „Action“. Patienten mit klinisch relevanter und subklinischer Ausprägung körperdysmorpher Symptomatik versuchen aktiver etwas gegen ihre Probleme zu unternehmen (z.B. Item 26: Jeder kann darüber reden, dass er sich verändern will; ich tue was dafür.). Auf welche Weise etwas gegen diese Probleme unternommen wird, ist nicht eindeutig aus den Antworten ersichtlich. Lediglich Item 25 (Ich hoffe, dass ein psychologischer Berater einen guten Rat für mich hat.) könnte auf spezifische Tendenzen hinweisen. Die Betroffenen könnten durch psychologische Hilfe ebenso wie durch eine dermatologische Behandlung etwas gegen ihr Problem unternehmen, welches sie belastet. Die hohen Werte dieser Skala sind möglicherweise als Hinweis für eine große Zuversicht der Patienten zu deuten, durch die Arbeit an deren Problemen eine Veränderung erzielen zu können. Diese Zuversicht kann als wichtiger Bestandteil der Veränderungsmotivation und der Behandlungsmotivation zu werten sein.

Die Ergebnisse in der Skala „Maintenance“ wiesen bei den Patienten mit klinisch relevanter und subklinischer Ausprägung körperdysmorpher Symptomatik auf eine bereits erfolgte

Arbeit an dem Problem hin und den Versuch, die erlangten Verhaltensänderungen aufrechtzuerhalten.

Aufgrund der nicht zufrieden stellenden Konstruktvalidität im Originaltext wurden, wie schon im Ergebnisteil erwähnt, nach Rücksprache mit dem Autor (Heidenreich) zwei Einzelitems der Veränderungsstadienskala separat betrachtet. Es zeigte sich dabei ein signifikant größerer Bedarf an psychologischer Beratung bei Patienten mit klinisch relevanter und subklinischer Ausprägung körperdysmorpher Symptomatik.

Die Ergebnisse machten deutlich, dass Patienten mit klinisch relevanter und subklinischer Ausprägung körperdysmorpher Symptomatik eine hohe Veränderungsmotivation aufweisen. In welchem Sinne versucht wird, diese Veränderungsmotivation umzusetzen, lässt jedoch einen großen Interpretationsspielraum zu. Bisherige Forschungsarbeiten wie z.B. die von Phillips et al. (2001) oder Stangier (2002) zeigten, dass Patienten, welche der Überzeugung sind in der äußeren Erscheinung entstellt zu sein, psychotherapeutische Behandlungsangebote eher ablehnen. Daher wurde angenommen, dass es sich in der vorliegenden Untersuchung bei der ermittelten hohen Veränderungsmotivation nur bei einem Teil der Patienten um eine Motivation im Sinne einer psychotherapeutischen Beratung handelt. Da jedoch eine nichtpsychiatrische Behandlung der KDS keine Verbesserung bzw. teilweise sogar eine Verschlechterung der Symptome zeigt (Phillips et al. 2001), ist es besonders wichtig, dass dem KDS Patienten in der dermatologischen Klinik durch behutsame Psychoedukation (s. Stangier 2002) der Zusammenhang zwischen somatischen Beschwerden und psychischen Problemen vermittelt wird, um so durch eine psychotherapeutische Intervention eine Heilung zu erlangen.

Entgegen der Vermutung, dass Patienten mit körperdysmorpher Symptomatik eher einen geringen Bedarf an psychotherapeutischer Beratung aufweisen (Phillips & McElroy 1993, Eisen et al. 2004), beantworteten über 50% der Patienten mit KDS und auch fast 40% der Patienten ohne körperdysmorphe Symptomatik die Frage, ob den Patienten durch eine psychologische Beratung geholfen werden könne, als positiv. Dies ist am ehesten durch den schon oft erwähnten Zusammenhang zwischen dermatologischen Erkrankungen und psychischen Faktoren zu erklären. Dermatologischen Patienten sollte deshalb immer die Möglichkeit zu einer psychotherapeutischen Versorgung zur Verfügung stehen.

## 7 Schlussfolgerung und Ausblick

Die in der Literatur gefundenen Ergebnisse konnten in der vorliegenden Untersuchung zu großen Teilen bestätigt werden.

Ein grundsätzliches Problem der Untersuchung sind die unterschiedlich großen Stichprobenumfänge. Die überproportional große Stichprobe der Patienten ohne klinisch relevante KDS war nur bedingt mit den geringen Stichprobenzahlen der Patienten mit klinischer und subklinischer Ausprägung körperdysmorpher Symptomatik vergleichbar. Es konnten dennoch erste Hinweise und Tendenzen dargestellt werden. Da insgesamt nur 3,2% der Patienten eine klinische und 5,2% eine subklinische KDS aufwiesen, sollte bei nachfolgenden Untersuchungen eine größere Anzahl dermatologischer Patientengruppen bzw. nur ambulante Patienten untersucht werden, um am Ende eine große Anzahl von Patienten mit körperdysmorpher Symptomatik herauszufiltern.

Bei einer größeren Fallzahl von Patienten mit körperdysmorpher Symptomatik wäre es zudem wichtig, die Patienten mit subklinischer körperdysmorpher Störung näher auf klinische Parameter zu untersuchen, da diese bislang erst in wenigen Studien erforscht wurde (Altmatura et al. 2001, Ritter 2005).

Die Rücklaufquote der ausgeteilten Fragebögen von ca. 30% war erwartungsgemäß. Allerdings bleibt auch hier offen, inwieweit das Nichtausfüllen der Fragebögen nicht zufällig war, sondern von Faktoren bestimmt wird, die auch die Ergebnisse dieser Studie beeinflusst haben könnten.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss beachtet werden, dass die Aussagen auf Daten beruhen, die per Selbstauskunft erhoben wurden. Es sollte darauf hingewiesen werden, dass Patienten bei einzelnen Messverfahren in ihren Antworten möglicherweise sozial erwünschten Tendenzen gefolgt sind und die Fragebögen nicht wahrheitsgemäß beantwortet haben. Ebenso kann bei einem Teil der Patienten von einer Verleugnung von Problemen ausgegangen werden. Gerade bei pathologischen bzw. problematischen Ausprägungen von Bindungsmustern und Beziehungserfahrungen sind Verzerrungen möglich, die durch Abwehrprozesse bedingt sind.

Bei der Analyse der soziodemographischen Variable „Alter“ zeigte sich ein interessantes Ergebnis. Es ließen sich zwei Altersspitzen bei Patienten mit körperdysmorpher Symptomatik finden, zum einen zwischen 18-45 Jahren und dann ab einem Alter von 65 Jahren. Dieses

Ergebnis sollte ebenfalls in nachfolgenden Studien an größeren Fallzahlen untersucht werden, um somit festzustellen, ob auch ältere Patienten von diesem Krankheitsbild betroffen sein können.

Bei der Untersuchung der Bindungsrepräsentation wurde der BFPE verwendet. Die Zuordnung der Bindungsmuster war eindeutig und einfach durchzuführen. Da der BFPE ein noch relativ wenig eingesetztes Messinstrument ist, gestaltete sich ein Vergleich zwischen klinischen Stichproben und der vorliegenden Untersuchung schwierig. Der Einsatz des BFPE zur Messung des Bindungsverhaltens ist bei weiteren klinischen Stichproben erforderlich

Die Ergebnisse in Bezug auf das Körpererleben sind als zuverlässig einzuschätzen. Es ist eine gute Vergleichbarkeit mit anderen Arbeiten möglich, da der Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK) gehört zu den am häufigsten eingesetzten Fragebögen zum Körpererleben (Dähne et al. 2004), und ermöglicht eine gute Trennung zwischen gesunden Probanden und klinischen Gruppen.

Die Interpretation der Ergebnisse der VSS gestaltete sich schwierig. Für die Einteilung der Personen in eine einzige Phase ist mit diesem Fragebogen nicht möglich, da die Werte der einzelnen Scores nicht vergleichbar sind. Man kann lediglich die Mittelwerte der Gruppen miteinander vergleichen. Bei einer Querschnittsuntersuchung wie dieser ist ein Instrument, das verschiedene Stufen der Veränderungsbereitschaft misst, ungeeignet. Bei weiteren Forschungen wäre eine längsschnittliche Untersuchung zur Erfassung von Veränderungen der Therapiemotivation besser geeignet, um den Verlauf zu beurteilen. Aufgrund der erschwerten Beurteilung der Ergebnisse der VSS wurden zwei Einzelitems separat betrachtet um zu schauen, ob bei den Patienten ein Bedarf an psychologischer Beratung besteht. Dabei zeigte sich sowohl bei Patienten mit, als auch bei Patienten ohne KDS ein großer Bedarf an psychologischer Beratung. Es ist daher eine gute Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeut und Dermatologe wünschenswert. Welche Behandlung, ob psychopharmakologische und/oder psychotherapeutische Maßnahmen indiziert sind, sollte ebenfalls Gegenstand von zukünftigen Untersuchungen sein.

## 8 Literaturverzeichnis

Ainsworth MDS. 1985. Attachment across life span. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 61: 792–812.

Ainsworth MDS. 1989. Attachments beyond infancy. American Psychologist, 44: 709-716.

Ainsworth MDS, Wittig BA. 1969. Attachment and the exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation. In: Foss BM, Hrsg. Determinants of infant behaviour. London: Methuen, 4: 113-136.

Ainsworth MDS, Bell SM, Stayton DJ. 1974. Infant mother attachment and social development: “socialisation” as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: Richards MPM, Hrsg. The integration of a child into a social world. London: Cambridge Univ Press, 99-135.

Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. 1978. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Aktan S, Ozmen E, Sanli B. 1998. Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic. Dermatology, 197: 230–234.

Altamura C, Paluello MM, Mundo E, Medda S, Mannu P. 2001. Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 251: 105-108.

American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed American Psychiatric Association, Washington DC.

AWMF Leitlinien für Psychosomatische Dermatologie .2002. <http://www.awmf-online.de>.

Bandura A. 1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84: 191-215.

Benoit D, Parker KCH. 1994. Stability and transmission of attachment across three generations. *Child development*, 65: 1444–1456.

Berman W, Sperling M. 1994. The structure and function of adult attachment. In: Berman W, Sperling M, Hrsg. *Attachment in Adults*. New York, London: Guilford Press.

Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddl MA, Hoehn-Saric R, Liang K-Y, Cullen BAM, Grados MA, Nestadt G. 2000. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatr*, 48: 287-293.

Borelli S. 1967. Haut und Psyche. In: Gottron HA, Hrsg. *Grundlagen und Grenzgebiete der Dermatologie*. (Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Ergänzungsband VIII: 264-568).

Bosc M, Dubini A, Polin V. 1997. Development and Validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology*, 7(1): 57-70.

Bosse K, Hünecke P. 1980. Entstellung – Erleben und Verarbeitung der äußeren Erscheinung. In: Whitlock FA, Hrsg. *Psychophysiologische Aspekte bei Hautkrankheiten*. Erlangen: Peri-Med, 251.

Bowlby J. 1969. *Attachment and loss*. Vol. 1: *Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby J. 1979. *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock Publications.

Bowlby J. 1984. *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. Frankfurt: Fischer.

Bowlby J. 1988. *A secure base*. London: Basic Books.

Bowlby J. 1997. Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In: Spangler G, Zimmermann P, Hrsg. *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta.



Bretherton I. 1985. Attachment theory: retrospect and prospect. In: Bretherton I, Waters E, Hrsg. Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50: 3-35.

Bretherton I. 1997. Die Geschichte der Bindungstheorie. In: Spangler G, Zimmermann P, Hrsg. Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Reed V. 1999. Associations between Body Weight, Psychiatric Disorders and Body Image in Female Adolescents. Psychother Psychosom, 68: 325–332.

Bürgy M. 1998. Dysmorphophobie: Das Sich-selbst-fremd-werden als Störung der Kommunikation. Nervenarzt, 69: 446-450.

Cash TF, Deagle EA. 1997. The nature and extent of body image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. International Journal of Eating Disorders, 22:107-125.

Cash TF, Thériault J, Milkewicz Annis N. 2004. Body image in an interpersonal context: adult attachment, fear of intimacy, and social anxiety. Journal of Social and Clinical Psychology, 23(1): 89-103.

Colin VL. 1996. Human Attachment. New York: The McGraw-Hill Companies.

Cormann G, Holtschoppen U. 1978. Dimensionen des Körpererlebens [Diplomarbeit]. Marburg

Coskun BK, Atmaca M, Saral Y, Coskun N. 2005. Prevalence of psychological factors in chronic dermatoses. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 9(1): 52-54.

Cotterill JA. 1981. Dermatological non disease: a common and potentially fatal disturbance of cutaneous body image. Br J Dermatol, 104: 611-619.

Cotterill JA. 1996 Body dysmorphic disorder. Dermatol Clin, 14: 457-463.

Cotterill JA, Cunliffe WJ. 1997. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol*, 137 (2): 246–250.

Dähne A, Aßmann B, Ettrich C, Hinz A. 2004. Normwerte für den Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FbeK) für Kinder und Jugendliche. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 7: 483-496.

Dilling H, Mombour W & Schmidt MH. 1993. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V Klinisch-Diagnostische Leitlinien/WHO. Bern: Huber.

Dornes M. 2000. Die Eltern der Bindungstheorie: Biographisches zu John Bowlby und Mary Ainsworth. In: Endres M, Hrsg. *Bindungstheorie in der Psychotherapie*. München: Reinhardt.

Dorsch. 2004. *Psychologisches Wörterbuch*: 14. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.

Dozier M, Stovall KC, Albus KE. 1999. Attachment and psychopathology in adulthood. In: Cassidy J, Shaver PR. Hrsg. *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford: 497-519.

Driesch G, Burgmer M, Heuft G. 2004. Körperdysmorphie Störung. *Nervenarzt*, 75: 917-931.

Dufresne RG, Phillips KA, Vittorio CC, Wilkel CS. 2001. A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatologic Surgery*, 27(5): 457-462.

Egeland B, Farber BA. 1984. Infant-mother attachment: Factors related to its development and changes over time. *Child Development*, 59: 1080-1088.

Eisen JL, Philips KA, Coles ME, Rasmussen SA. 2004. Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1): 10-15.

Elicker J, Englund M, Sroufe LA. 1992. Predicting peer competence and peer relationships in early childhood from early parent-child relationships. In: Parke RD, Ladd GW. Hrsg. Family-peer relationships: Modes of linkage. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Evans L, Wertheim EE. 1998. Intimacy patterns of relationship satisfaction of women with eating problems and the mediating effects of depression, trait anxiety and social anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 44: 355-365.

Faravelli C, Salvatory S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. 1997. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32:24–29.

Farber EM, Cox AJ. 1971. *Psoriasis*. Stanford: Stanford University Press.

Felder JP. 1993. Testpsychologische Befunde bei Psoriasis-Patienten [Dissertation]. Giessen.

Fisher S. 1970. *Body experience in fantasy and behavior*. New York: Appleton Century Crofts.

Fisher S. 1986. *Development and structure of the body image* (Vols. 1 & 2). Hillsdale: Erlbaum.

Fisher S, Cleveland SE. 1958. *Body image and personality*. Princeton, N.J.: Van Nostrand.

Fisher S, Cleveland SE. 1968. *Body image and personality* (2<sup>nd</sup> rev. ed.). New York: Dover Publishers.

Fremmer-Bombik E. 1997. Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In: Spangler G, Zimmermann P, Hrsg. *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Freud S. 1923. Das Ich und das Es. In: Freud S, Hrsg. *Psychologie des Unbewussten*. Studienausgabe, Bd 3 (1975) Fischer: Frankfurt, 273.

- Frick H, Leonhardt H, Starck D. 1980. Allgemeine Anatomie. Thieme: Stuttgart, New York.
- Friedberg NL, Lyddon WJ. 1996. Self-other working models and eating disorders. *Journal of Cognitiv Psychotherapy*, 10: 193-203.
- Gardner H. 1985. Abschied vom IQ: Die Rahmentheorie der vielfachen Intelligenzen. Stuttgart: Klett Cotta.
- George D, Kaplan N, Main M. 1985. The Adult Attachment Interview. In: Solomon J, George C, Hrsg. *Attachment Disorganization*. Berkeley: University of California.
- Gieler U. 1986. Haut und Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele. In: Brähler E, Hrsg. *Körpererleben*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer Verlag.
- Goldberg DP. 1972. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Maudsley Monograph 21, London, Oxford University Press.
- Grossmann K, Grossmann K. 2000. Bindung, Exploration und interne Arbeitsmodelle – der Stand der Forschung. In: Parfy E., Redtenbacher H, Sigmund R, Schoberberger R, Butschek Ch, Hrsg. *Bindung und Interaktion. Dimensionen der professionellen Beziehungsgestaltung*. Wien: Facultas.
- Hamilton CE. 2000. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development*, 71(3):690-694.
- Hartmann C. 2003. Determinanten der Lebensqualität, des Körpererlebens, der Bindung und der Bewältigung bei Patientinnen mit Vulvodynie. Dissertation, Jena.
- Hazan C, Shaver PR. 1994. Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychol Inq*, 5: 1-22.
- Head H. 1920. *Studies in neuology* (Vol. 1). London: Hodder Stoughton.

Head H. 1926. Aphasia and kindred disorders of speech. London: Cambridge University Press.

Head H, Holmes G. 1911. Sensory disturbance from cerebral lesions. Brain, 34:102-254.

Heidenreich T, Hoyer J, Fecht J. 2001. Veränderungsstadien-Skala (VSS). In: Glöckner-Rist A, Rist F, Küfner H, Hrsg. Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version 1.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.

Höger D. 1999. Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). Psychotherapeut, 44:159 – 166.

Höger D. 2000. BFPE Zuweisung von Personen zu den Clustern. <http://www.dpgg.de/BielefelderBindungsskalen.htm>.

Höger D. 2002. Fragebögen zur Erfassung von Bindungsstilen. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H, Hrsg. Klinische Bindungsforschung. Stuttgart, New York: Schattauer.

Höger D, Buschkämper S. 2002. Der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 23(1): 83 – 98.

Höger D, Stöbel-Richter Y, Brähler E. 2007. Reanalyse des Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen (BFPE). Psychother Psych Med

Hollander E, Liebowitz MR, Winchel R, Klumker A, Klein D. 1989. Treatment of body dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. Am J Psychiatry ,146: 768-770.

Hollander E, Cohen L, Simeon D. 1993. Body dysmorphic disorder. Psychiatric Ann, 23(7): 359-364.

Hollander E, Allen A, Kwon J, Aronowitz B, Schneidler J, Wong C, Simeon D. 1999. Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Archives of General Psychiatry*, 56: 1033-1039.

Holmes J. 1995. *John Bowlby & Attachment Theory*. London: Routledge.

Hughes J, Barraclough B, Hamblin L, White JE. 1983. Psychiatric symptoms in dermatology patients. *British Journal of Psychiatry*, 143: 51-54.

Janet P. 1908. *Obsession de la honte du corps*. In Janet P, Hrsg. *Les obsessions et la psychasthenie*, 2eme edn, vol 2. Alcan, Paris.

Janis IL & Mann L. 1977. *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: Free Press.

Keller S, Velicer WF, Prochaska JO. 1999. Das Transtheoretische Modell - Eine Übersicht. In: Keller S, Hrsg. *Motivation zur Verhaltensänderung: Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Freiburg: Lambertus:17-44.

Kobak RR, Sceery A. 1988. Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation and representations of self and others. *Child Development*, 59: 135-146.

Kobak R, Cole H. 1994. Attachment and meta-monitoring. Implications for adolescent autonomy and psychopathology. In: Cicchetti D, Toth SL, Hrsg. *Disorders and dysfunctions of the self*. Rochester Symposium on Developmental Psychopathology. Vol. 5 Rochester, NY: University of Rochester Press.

Küchenhoff J. 1984. Dysmorphophobie. *Nervenarzt*, 55: 122-126.

Legenbauer T, Vocks S. 2005. *Wer schön sein will muss leiden? Wege aus dem Schönheitswahn – ein Ratgeber*. Bern: Hogrefe.

Lehmkuhl G, Flechtner H, Woerner I, Woerner W, Masberg J. 1989. Self-Perception of anorectic and normal-weight adolescents. In Remschmidt H, Schmidt MH, Hrsg. *Anorexia Nervosa*. Toronto, Hogrefe & Huber Publishers, 85-89.

Lieberman AF, Pawl JH. 1990. Disorders of attachment and secure base behaviour in the second year of life: Conceptual issues and clinical intervention. In Greenberg MT, Cicchetti D, Hrsg. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago: University of Chicago Press.

Main M. 1997. Desorganisation im Bindungsverhalten. In: Spangler G, Zimmermann P, Hrsg. *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Main M. 2001. Aktuelle Studien zur Bindung. In: Gloger-Tippelt G, Hrsg. *Bindung im Erwachsenenalter*. Bern: Huber.

Main M, Weston DR. 1981. The quality of a toddler's relationship to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52: 932-940.

Main M, Kaplan N, Cassidy J. 1985. Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In: Bretherton I, Waters E, Hrsg. *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50: 66-106.

Main M, Solomon J. 1986. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Brazelton TB, Yogman M, Hrsg. *Affective development I infancy*. Norwood, NY: Ablex, 95-124.

Main M, Cassidy J. 1988. Categories of response to reunion with the parent at age six: Predictable from infant attachment classification and stable over a one-month period. *Developmental Psychology*, 24: 415-426.

Mallinckrodt B. 2000. Attachment, social competencies, social support and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10:239-266.

McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF. 1983. Stages of change in Psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy*, 20, 368-375.

Mendelson BK, White DR, Mendelson MJ. 1995. Children's global self-esteem predicted by body-esteem but not by weight. *Perceptual and Motor Skills*, 80: 97-98.

Meyer AE. 1963. Zur Endokrinologie und Psychologie intersexueller Frauen: Psychosomatische Beiträge zum nicht-symptomatischen Hirsutismus. In: Bürger-Prinz H, Giese H, Hrsg. Beiträge zur Sexualforschung. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Montagu A. 1971. *Touching the Human Significance of the Skin*. Columbia University Press: New York

Moreira JM, Bernardes S, Andrez M, Aguiar P, Moleiro C, de Fatima SM. (1998). Social competence, personality and adult attachment style in a Portuguese sample. *Personality and Individual Differences*, 24(4): 565-570.

Morselli E. 1886. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Bolletino Accademica delle Scienze Mediche di Geneva*, 6: 110-119.

Munro A, Stewart M. 1991. Body dysmorphic disorder and the DSM-IV: the demise of dysmorphophobia. *Can J Psychiatry*, 36: 91-96.

Neziroglu FA, Khemlani-Patel S. 2002. A review of cognitive and behavioral treatment for body dysmorphic disorder. *CNS Spectr*, 7: 464-471

Nezlek J. 1999. Body image and day-to-day social interaction. *Journal of Personality*, 67: 793-817.

Niemeier V, Kupfer J, Gieler U. 2002. Acne is not a trivial disease! Psychosomatic aspects in routine therapy. *Dermatolog Psychosomatics*, 3:61-70.

Oerter R. 1982. *Moderne Entwicklungspsychologie*. Donauwörth:Auer.



Ognibene TC, Collins NL. (1998). Adult attachment styles, perceived social support and coping strategies. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(3):323-345.

Oosthuizen P, Lambert T, Castle DJ. 1998. Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32: 129 – 132.

Perini U, Bettin A. 1983. Eventi stressanti ed alopecia areata. *Rassegna Psichiatr Siena*, 72: 503-511.

Perugi GMD, Akiskal HS, Giannotti DMD, Frare FMD, Di Vaio SMD, Cassano B. 1997. Gender-Related Differences in Body Dysmorphic Disorder (Dysmorphophobia). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(9): 578-582.

Phillips KA. 1986. *The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press.

Phillips KA. 1991. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 148(9): 1138-1149.

Phillips KA. 1995. Body dysmorphic disorder: clinical features and drug treatment. *CNS Drugs III*:1130-1139.

Phillips KA. 2000. Body dysmorphic disorder: Diagnostic controversies and treatment challenges. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(1): 18-35.

Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Pope HG, Hudson JI. 1993. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatric*, 150: 302-308.

Phillips KA, McElroy SL, Keck PE Jr., Pope HG Jr., Hudson JI. 1994. A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacology Bulletin*, 30: 179-186.

Phillips KA, Diaz SF. 1997 Gender differences in body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185: 570-577.

Phillips KA, Dwight MM, McElroy SL. 1998. Efficacy and safety of Fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatrie*, 59: 165-171.

Phillips KA, Dufresne RG Jr, Wilkel CS, Vittorio CC. 2000 Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol*, 42: 436-441.

Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. 2001. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychomatics*, 42: 504-510.

Phillips KA, Rasmussen SA. 2004. Change in psychosocial functioning and quality of life of patients with body dysmorphic disorder treated with fluoxetine: A placebo-controlled study. *Psychosomatics*, 45(5): 438-444.

Phillips KA, Menard W. 2006. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder: A Prospective Study. *Am J Psychiatry*, 163:1280–1282.

Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. 2000. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol*, 143: 983–991.

Pick A. 1908. Über Störungen der Orientierung am eigenen Körper. In Pick A, Hrsg. *Arbeiten aus der deutschen psychiatrischen Universitätsklinik in Prag*. Berlin: Karger, 1-19.

Pick A. 1915. Zur Pathologie des Bewusstseins am eigenen Körper. *Neurologisches Zentralblatt*, 34: 257-264.

Pick A. 1922. Störungen der Orientierung am eigenen Körper. *Psychologische Forschung*, 1: 303-318. Pope HG, Phillips KA, Olivardia R. 2000. *The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession*. New York: Free Press.

Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. 2000. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol*, 143: 983–991.

Pope H, Phillips K, Olivardia R. 2000. *The Adonis complex*. New York: The Free Press.

Prochaska JO, DiClemente CC. 1982. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19: 267-288.

Prochaska JO, DiClemente CC. 1984. The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood: Dow Jones/Irwin.

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. 1992. In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47: 1002-1114.

Prochaska JO, Redding C, Evers K. 1996. The transtheoretical model of behaviour change. In Glanz K, Lewis FM & Rimer BK, Hrsg. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.

Pulimood S, Rajagopalan B, Rajagopalan M, Jacob M, John JK. 1996. Psychiatric morbidity among dermatology inpatients. *Natl Med J India*, 5: 208–210.

Rechenberger H-G. 1976. Die Auffassung der dynamischen Psychiatrie zum Krankheitsbild der Trichotillomanie. In: Bosse K, Hünecke P, Hrsg. *Psychodynamik und Soziodynamik bei Hautkrankheiten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Braehler E. 2005. Häufigkeit körperdysmorpher Symptome in der Allgemeinbevölkerung. Symposiumsbeitrag auf dem 10. Kongress der DGVM. Abstrakt Nr. 44. 2. – 5. März 2005 München.

Ritter V. 2005. Körperdysmorphie Symptome, soziale Anpassung und Motivation zu psychotherapeutischer Beratung bei ambulanten dermatologischen Patienten [Diplomarbeit]. Jena: Friedrich Schiller Universität.

Rosen JC, Reiter J, Orosan P. 1995. Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *J Consult Clin Psychol*, 63: 263-269.

Rosen JC, Reiter J. 1996. Development of body dysmorphic disorder examination. *Behav Res Ther*, 34(9): 755 – 766.

Rothbard JC, Shaver PR. 1994. Continuity of attachment across the life span. In: Sperling MB, Berman WH, Hrsg. Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives. New York: Guilford, 31–71.

Sarwer DB, Crerand CE, Didie ER. 2003. Body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients. Facial Plastic Surgery, 19: 7-18.

Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. 1998. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. Plastic and Reconstructive Surgery, 101(6): 1644 – 1649.

Saß H, Wittichen HU, Zaudig M. 2001. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV. Göttingen: Hogrefe

Schaller CM, Alberti L, Pott G, Ruzicka T, Tress W. 1998. Psychosomatische Störungen in der Dermatologie–Häufigkeiten und psychosomatischer Mitbehandlungsbedarf. Hautarzt, 49:276–279.

Schilder P. 1923. Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewusstsein des eigenen Körpers. Berlin: Springer.

Schilder P. 1935. The image and appearance of the human body. London: Kegan Paul, Trench, Trubner & Co.

Schmidt-Ott G. 1999. Stigmatisierung von Hauterkranken. In: Peermann F, Warschburger P, Hrsg. Neurodermitis. Göttingen: Hogrefe.

Schmidt S. 2003. Female alopecia: the mediating effect of attachment patterns on changes in subjective health indicators. British Journal of Dermatology, 148:1205-1211.

Schmidt S, Strauß B. 1996. Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 1. Psychotherapeut, 41: 139-150.

Schmücker G, Buchheim A. 2002. Mutter-Kind-Interaktion und Bindung in den ersten Lebensjahren. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H, Hrsg. Klinische Bindungsforschung. Stuttgart: Schattauer, 178-179.

Schneider W. 1990. Die Psychotherapiemotivation – Behandlungsvoraussetzung oder rein zu vernachlässigendes Konstrukt? In: Schneider WS, Hrsg. Indikationen zur Psychotherapie. Weinheim: Beltz, 183-210.

Schneider W, Freyberger HJ, Muhs A, Schüßler G. 1993. Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10, Kap.V. Eine kritische Auseinandersetzung. Ergebnisse der ICD-10-Forschungskriterienstudie aus dem Bereich der Psychosomatik/Psychotherapie. Monographie zur Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse Nr.17. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Secord PF, Jourard SM. 1953. The appraisal of body-cathexis: Body cathexis and Self. Journal of Consulting Psychology, 17: 343-347.

Sharpe TM, Killen JD, Bryson SW, Shisslak CM, Estes LS, Gray N, Crago M, Taylor CB. 1998. Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. International Journal of Eating Disorders, 23: 39-44.

Shontz FC. 1969. Perceptual and cognitive aspects of body experience. New York: Academic Press.

Snaith P. 1992. Body image disorder. Psychotherapie und Psychosomatics, 58: 119-124.

Stangier U. 2002. Hautkrankheiten und Körperdysmorphie Störung. Fortschritte in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Stangier U. 2004. Körperdysmorphie Störung in der dermatologischen Praxis. Der Deutsche Dermatologe, 12: 803-805.

Stangier U, Gieler U. 1998. Somatoform disorders in Dermatology. Paper presented on the 5th International Congress of Behavioral Medicine. Copenhagen, Denmark.

Stangier U, Hungerbühler R. 2001. Eingebildete Häßlichkeit: die Körperdysmorphie Störung aus psychologischer Sicht. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 30(2), 2: 77 – 83.

Stangier U, Hungerbühler R, Meyer A, Wolter M. 2000. Diagnostische Erfassung der Körperdysmorphen Störung. Eine Pilotstudie. Nervenarzt, 71:876-884.

Stangier U, Janich C, Adam-Schwebe S, Berger P, Wolter M. 2003. Screening for Body Dysmorphic Disorder in Dermatological Outpatients. Dermatol Psychosom, 4:66-71.

Stangier U, Köhnlein B, Gieler U. 2003a. Somatoforme Störungen bei ambulanten dermatologischen Patienten. Psychotherapeut, 48:321–328.

Stangier U, Gieler U, Braehler E. 2005. Häufigkeit körperdysmorpher Beschwerden in der Allgemeinbevölkerung. Symposiumsbeitrag auf dem 10. Kongress der DGVM. Abstract Nr. 58, 2.-5.März 2005, München.

Steins G, Albrecht M, Stolzenberg H. (2002). Bindung und Essstörungen: Die Bedeutung interner Arbeitsmodelle von Bindung für ein Verständnis von Anorexie und Bulimie. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 31(4):266-271.

Sterry W, Merk H. 1987. Checkliste Dermatologie und Venerologie. New York: Thieme.

Stowers DA, Durm MW. 1996. Does self-concept depend on body image? A gender analysis. Psychological Reports, 78: 643-646.

Strauß B, Appelt H. 1983. Ein Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Köpers. Diagnostica, 29: 154-164.

Strauß B, Richter-Appelt H. 1996. Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK). Göttingen: Hogrefe.

Strauß B, Schmidt S. 1997. Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Bindungstheorie. Teil 2. Psychotherapeut, 42: 1-16.

Studt HH, Riehl A, Gollnick H. 1984. Acne conglobata Persönlichkeit und seelische Folgen einer 13-cis-Retinsäure Therapie. Vortrag anl. Der 60. Tagung der Nordwestdeutschen Dermatologischen Gesellschaft. 22.9.84, Hannover.

Suess G. 1987. Auswirkungen frühkindlicher Bindungserfahrungen auf die Kompetenz im Kindergarten. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Regensburg.

Teshima H, Kubo C, Kihara H, ImasaY, Nagata S, Ago . 1983. Psychosomatic aspects of skin diseases from the standpoint of immunology. *Psychother Psychosom*, 37: 165-175.

Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, Tantleff S. 1999. *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.

Troisi A, Di Lorenzo G, Alcini S, Nanni R, Di Pasquale C, Siracusano A. 2006. Body dissatisfaction in women with eating disorders: Relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosom Med*, 68(3): 449-453.

Uzun Ö, Basoglu C, Ahmet A, Cansever A, Özşahin A, Cetin M, Ebrinc S. 2003. Body dysmorphic disorder in patients with acne. *Comprehensive Psychiatry*, 44(5): 415-419.

Van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. 1996. Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64:8-21.

Veale D. 2004. Body dysmorphic disorder. Review. *Postgrad Med J*, 80:67-71.

Veale D, Boocock A, Gournay L, Dryden W, Shah F, Willson R, Walburn J. 1996. Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry*, 169: 196-201.

Veale D, Gournay K, Dryden W, Boocock A, Shah F, Willson R, Walburn J. 1996. Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behav Res Ther*, 34: 717-729.

Veith A. 1997. Therapiemotivation: Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariable. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Vitiello B, Leon de J. 1990. Dysmorphophobia misdiagnosed as obsessive-compulsive disorder. *Psychosomatics*, 31 : 220-221.

Wallston KA, Wallston BS. 1981. Health locus of control scales. In: Lefcourt H. Hrsg, *Research with the locus of control construct: Vol.1*. New York. NY: Academic Press, 189-243.

Ward A, Ramsy R, Treasure J. 2000. Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73: 35-51.

Wartner UG, Grossmann K, Fremmer-Bombik, Suess E, Suess G. 1994. Attachment patterns at age six in South Germany: Predictable from infancy and implications for preschool behavior. *Child Development*, 49: 483-494.

Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J. 2000. Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development*, 71: 684-689.

Wegner U, Meisenzahl EM, Möller HJ, Kapfhammer HP 1999. Dysmorphophobie – Symptom oder Diagnose. *Nervenarzt*, 70: 233-239.

Weiss RS. 1982. Attachment in adult life. In: Parkes CM, Stevenson-Hinde J. Hrsg, *The Place of attachment in Human Behavior*. New York: Wiley, 171-184.

Welp K. 1988. Psychosomatische Aspekte der Akne vulgaris [Dissertation]. Marburg.

Wessley S, Lewis G. 1989. The classification of psychiatric morbidity in attenders at the dermatology clinic. *Br J Psychiatry*, 155:686–691.

West ML. 1994. Patterns of relating – an adult attachment perspective. New York: Guilford.



Windemuth D, Stucker M, Hoffmann K, Altmeyer P. 1999. Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei dermatologischen Patienten in einer Akutklinik. *Hautarzt*, 50:338–343.

Woerner I, Lehmkuhl G, Woerner W. 1989. Zur Beziehung von Körperwahrnehmung, Eßverhalten und Körpergewicht bei anorektischen und normalgewichtigen Jugendlichen. *Zeitschrift f. Klein. Psychol*, 18: 319-331.

Wooley OW, Roll S. 1991. The Color-A-Person Body Dissatisfaction Test: Stability, internal consistency, validity and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 56:359-413.

Zimmermann P. 1995. Bindungsentwicklung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter und ihre Bedeutung für den Aufbau von Freundschaftsbeziehungen. In: Spangler G, Zimmermann P, Hrsg. *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Zimmermann P, Grossmann KE. 1997. Attachment and adaption in adolescence. In: Koops W, Hoeksma JB, van de Boom DC, Hrsg. *Development of interaction and attachment: Traditional and non-traditional approaches*. Amsterdam: North-Holland.

Zimmermann P, Spangler G, Schieche M, Becker-Stoll F. 1997. Bindung im Lebenslauf: Determinanten, Kontinuität, Konsequenzen und künftige Perspektiven. In: Spangler G, Zimmermann P, Hrsg. *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Zimmermann P, Suess GJ, Scheuerer-Engelsch H. 1999. Bindung und Anpassung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter: Ergebnisse der Bielefelder und Regensburger Längsschnittstudie. *Kindh Entwickl*, 8: 36-48.

## 9 Anhang

### Anhang A Messinstrumente

- A.1 Informationsblatt und Instruktion
- A.2 Einverständniserklärung
- A.3 Dysmorphic Concern Questionnaire  
(DCQ; Oosthuizen et al., 1998; dt. Fassung: Stangier & Janich, 2001)
- A.4 Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen  
(BFPE: Höger & Buschkämper, 2002)
- A.5 Social Adaptation Self-evaluation Scale  
(SASS: Bosc, Dubini & Polin, 1997; dt. Fassung: Stangier, 2003)
- A.6 Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers  
(FBeK: Strauß & Appelt, 1996)
- A.7 Veränderungsstadienskala  
(VSS: Heidenreich et al., 2001)
- A.8 Soziodemographische Daten

### Anhang B Statistische Auswertungen

- Tabelle B.1: Berufsverteilung in der dermatologischen Gesamtstichprobe
- Tabelle B.2: Signifikanztest für den Vergleich der Bindungsrepräsentationen  
(stationär vs. ambulant)
- Tabelle B.3: Signifikanztest für den Vergleich der Bindungsrepräsentationen  
(stationär vs. Praxis)
- Tabelle B.4: Signifikanztest für den Vergleich der Bindungsrepräsentationen  
(ambulant vs. Praxis)
- Tabelle B.5: Signifikanztest für den Vergleich der Bindungsrepräsentationen  
(subklinische KDS vs. ohne KDS)
- Tabelle B.6: Signifikanztest für den Vergleich der Bindungsrepräsentationen  
(klinische KDS vs. ohne KDS)
- Tabelle B.7: Signifikanztest für den Vergleich der Bindungsrepräsentationen  
(klinische KDS vs. subklinische KDS)

## A Messinstrumente

### A.1 Instruktion



seit 1558

Liebe Patientinnen und liebe Patienten!

Im Rahmen unserer Doktorarbeit möchten wir eine Fragebogenerhebung durchführen und bitten Sie um ihre Unterstützung. Hintergrund unserer Befragung ist das wachsende gesellschaftliche Interesse am Aussehen eines Menschen. Dies führt bei immer mehr Menschen zu einer steigenden Wahrnehmung medizinisch diagnostizierbarer und/oder subjektiv erlebter Mängel. Daraus resultieren nicht selten soziale und zwischenmenschliche Einschränkungen. Ziel der Studie ist es, grundsätzlich zu erfassen, welcher Anteil der Patienten tatsächlich unter oben genannten Problemen leidet und in wieweit Sie Versorgungsangebote wünschen und/oder bedürfen. Ziel der Studie ist somit eine Verbesserung der medizinischen Versorgung.

In den nachfolgenden Fragen wollen wir den Zusammenhang zwischen emotionaler Befindlichkeit und dem Erleben von Partnerschaft unter Beachtung Ihrer sozialen Aktivitäten, den Sorgen bzw. Gedanken bezüglich des eigenen Körpers und der gewünschten zusätzlichen Versorgung untersuchen.

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und füllen Sie den Fragebogen aus, sobald es Ihnen möglich ist. Sie werden ca. 15-30 Minuten benötigen. Wir werden den ausgefüllten Fragebogen in ca. 90 Minuten wieder bei Ihnen abholen

Die Datensammlung sowie die Auswertung erfolgen anonym und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Teilnahme ist freiwillig. Sofern sie sich gegen eine Teilnahme entschließen, entsteht Ihnen dadurch kein Nachteil. Für den Erfolg unserer Befragung ist es jedoch sehr wichtig, dass alle Patienten teilnehmen.

Für Ihre Teilnahme möchten wir uns schon jetzt recht herzlich bedanken!

Carolin Kleinschmidt

Franziska Meier

Für eventuelle Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung:

Carolin Kleinschmidt Tel.- Nr.: 01776014636

### **Zunächst einige Hinweise zur Beantwortung der Fragen.**

Für die Beantwortung sind Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende Antwortmöglichkeit an. Bitte kreuzen Sie immer nur eine Antwortmöglichkeit an, setzen Sie keine Kreuze zwischen zwei Möglichkeiten und lassen Sie bitte keine Frage aus.

Bitte überlegen Sie nicht lange – die erste Reaktion ist meist die beste.

#### ***Beispiel***

0 – trifft überhaupt nicht zu

1 – trifft kaum zu

2 – trifft etwas zu

3 – trifft überwiegend zu

4 – trifft voll und ganz zu

Die Gebäude der Hautklinik sind modern.

	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie der Meinung sind, alle Gebäude der Hautklinik modern sind, dann müssten Sie das Kästchen unter der 4 ankreuzen.

Beginnen Sie jetzt bitte mit der Beantwortung der Fragen!

## A.2 Einverständniserklärung



seit 1558

### Zur Studie:

**Untersuchung zum psychologischen Beratungsangebot bei Hautpatienten in Abhängigkeit von emotionaler Befindlichkeit, dem Erleben von Partnerschaft, sozialen Aktivitäten und Sorgen/Gedanken bezüglich des eigenen Körpers.**

Hiermit erkläre ich mich bereit, an obiger Fragebogenstudie teilzunehmen. Ich bin einverstanden, dass von mir Daten in anonymisierter Form gespeichert und ausgewertet werden und somit nicht auf meine Person rückführbar sind. Mir ist bekannt, dass die Daten zu Forschungszwecken durch zwei Medizinstudentinnen unter Betreuung des Institutes für Medizinische Psychologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena erhoben werden und beide der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Ich gewähre diesen beiden Kolleginnen zur Diagnoseerfassung Einsicht in meine Krankenakte. Nur in der Einverständniserklärung stehen mein Name und meine Anschrift. Eine Kopie verbleibt in den stationären Behandlungsakten und eine Kopie erhalte ich als Patient.

Ich bin weiterhin darüber aufgeklärt worden, dass mir keine Nachteile für diese oder weitere Behandlungen entstehen, sofern ich zu einer Beteiligung nicht bereit bin.

---

Unterschrift des Patienten,

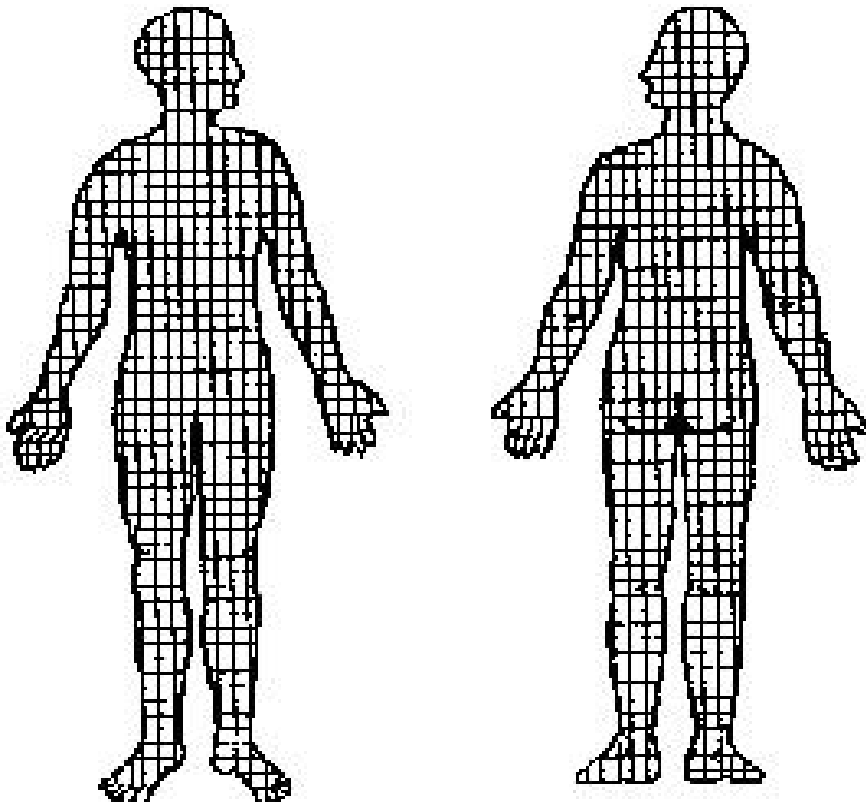
Datum, Ort

### A.3 Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ; Oosthuizen et al., 1998; dt. Fassung: Stangier & Janich, 2001)

Die ersten Fragen beziehen sich auf mögliche Gedanken bzw. Sorgen bezüglich des eigenen Körpers.

	überhaupt nicht	wie die meisten anderen Menschen	mehr als andere Menschen	sehr viel mehr als andere Menschen
1. Haben Sie sich jemals wegen eines bestimmten Aspekts Ihres Aussehens Sorgen gemacht?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Haben Sie sich jemals in irgendeiner Weise für entstellt oder missgebildet gehalten (z.B. Nase, Haare, Haut, Körperbau)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Haben Sie sich jemals um Ihre Körperfunktionen Sorgen gemacht (z.B. übermäßiger Körpergeruch, übermäßiges Schwitzen)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Haben Sie wegen dieser Sorge bereits einen Hautarzt/ plastischen Chirurgen aufgesucht oder glaubten Sie, einen aufsuchen zu müssen?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Wurde Ihnen schon von Ärzten oder anderen gesagt, dass Sie normal seien, obwohl Sie der Überzeugung sind, dass etwas mit Ihrem Aussehen oder Ihren Körperfunktionen nicht stimmt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Haben Sie schon viel Zeit damit verbracht, sich mit einem Makel im Aussehen oder einer Störung von Körperfunktionen zu beschäftigen?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht	wie die meisten anderen Menschen	mehr als andere Menschen	sehr viel mehr als andere Menschen
7. Haben Sie jemals viel Zeit damit verbracht, einen Makel im Aussehen oder eine Störung von Körperfunktionen zu verbergen?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>



Bitte markieren Sie in dem Schema, auf welchen Körperteil sich Ihre Angaben beziehen.

Wie stark fühlen Sie sich durch das angegebene Problem in Ihrem Aussehen beeinträchtigt?

Bitte tragen Sie in das Kästchen eine Zahl ein von

0 = gar nicht im Aussehen beeinträchtigt  
10 = extreme Beeinträchtigung des Aussehens

## A.4 Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE: Höger & Buschkämper, 2002)

Jeder Mensch, der mit einem Partner oder einer Partnerin eine Beziehung führt, macht sich Gedanken darüber, was er oder sie von seiner/m bzw. ihrem/r Partner/in erwartet. In diesem Fragebogen werden Sie nach Ihren Erwartungen gefragt, die Sie in Bezug auf Ihren bzw. Ihre Partnerin haben. Was Sie sich von Ihm oder Ihr wünschen oder auch befürchten, mit welchen Reaktionen Sie auch bei sich selbst rechnen.

Leben Sie zur Zeit nicht in einer Partnerschaft, dann füllen Sie bitte den Fragebogen dahingehend aus, was auf Sie am ehesten in einer Beziehung zu treffen würde.

Sie finden hier eine Reihe von Aussagen und Gedanken, die Ihnen in diesem Zusammenhang durch den Kopf gehen könnten. Bitte beurteilen Sie, inwieweit diese für Sie zu treffen oder nicht. Je nachdem, wie dies der Fall ist kreuzen Sie bitte an.

**0 - trifft überhaupt nicht zu**

**1 - trifft kaum zu**

**2 - trifft etwas zu**

**3 - trifft überwiegend zu**

**4 - trifft genau zu**

Denken Sie nicht zu lange nach, sondern versuchen Sie möglichst spontan zu antworten.

1. Mein Partner/ meine Partnerin und ich haben viele gemeinsame Interessen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. An sich fällt es mir leicht, mit meinem Partner/ meiner Partnerin über das zu sprechen, was in mir vorgeht.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. Manchmal kommt mir der Gedanke, dass es meinem Partner/ meiner Partnerin zu viel sein könnte, mich so wie ich bin zu ertragen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. Der Gedanke, mein Partner/ meine Partnerin könnte mich tiefergehend auf meine Gefühle ansprechen, ist mir eher unangenehm.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Bei aller Zuneigung, ein Rest von Distanz meinem Partner/meiner Partnerin gegenüber bleibt von mir aus eigentlich immer.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6. Wenn ich mich über meinen Partner/ meine Partnerin ärgere, hüte ich mich davor es ihm/ ihr zu zeigen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7. Es fällt mir leicht, gegenüber meinem Partner/ meiner Partnerin über meine Gefühle zu sprechen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>



- 0 – trifft überhaupt nicht zu**  
**1 – trifft kaum zu**  
**2 – trifft etwas zu**  
**3 – trifft überwiegend zu**  
**4 – trifft genau zu**

8. Wenn sich mein Partner/ meine Partnerin einmal nicht genug um mich kümmert, bedrückt mich das sehr.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9. Ich befürchte, dass mein Partner/ meine Partnerin auf Distanz zu mir gehen könnte, wenn er/ sie wüsste, was wirklich in mir vorgeht.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. Im Gespräch mit meinem Partner/ meiner Partnerin rede ich lieber über sachliche Themen als über persönliche.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. Vor allem wenn es mir schlecht geht, bin ich sehr darauf angewiesen, dass mein Partner/ meine Partnerin sich mir besonders zuwendet und auf mich eingeht.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. Wenn mich mein Partner/ meine Partnerin auf meine Gefühle, anspricht, weiß ich oft nicht recht, was ich sagen soll.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13. Ich fürchte, dass mein großes Bedürfnis nach Zuwendung meinem Partner/ meiner Partnerin zu viel werden könnte.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14. Wenn ich von meinem Partner/ meiner Partnerin getrennt bin (Reise, beruflich bedingt, usw.) macht mich das unruhig und nervös.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15. Ich kann mich meinem Partner/ meiner Partnerin gegenüber leicht öffnen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16. Bei der Trennung von meinem Partner/ meiner Partnerin würde für mich eine Welt zusammenbrechen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
17. Wenn mein Partner/ meine Partnerin liebevoll zu mir ist, können mir schon manchmal Zweifel kommen, ob er/ sie das auch wirklich so meint.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

- 0 – trifft überhaupt nicht zu**  
**1 – trifft kaum zu**  
**2 – trifft etwas zu**  
**3 – trifft überwiegend zu**  
**4 – trifft genau zu**

18. Ehrlich gesagt: am liebsten wäre es mir, wenn sich mein Partner/ meine Partnerin möglichst viel Zeit nur für mich nehmen und sich fast ausschließlich um mich kümmern würde.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
19. Mich kann Kummer so sehr lähmen, dass mein Partner/ meine Partnerin dann auf mich zugehen und mir weiter helfen müsste.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
20. Mir könnte schon einmal der Gedanke kommen, dass mein Partner/ meine Partnerin mich am liebsten los sein möchte.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
21. Manchmal denke ich, dass ich meinem Partner/ meiner Partnerin Zuneigung entgegenbringe als er/ sie mir.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
22. Mir ist es wichtig, dass mein Partner/ meine Partnerin, auch wenn wir nicht zusammen sind, in Gedanken möglichst viel bei mir ist.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
23. Selbst meinem Partner/ meiner Partnerin gegenüber behalte ich doch manches lieber für mich alleine.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
24. Ich kann schon mal auf den Gedanken kommen, dass mich mein Partner/ meine Partnerin nur in dem Maße mag, in dem ich seinen/ ihren Erwartungen entspreche.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
25. So wie ich mich kenne, bin ich meinem Partner/ meiner Partnerin gegenüber eher zurückhaltend mit dem, was ich ihm/ ihr von mir zeige.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
26. Auch bei einer vorübergehenden Trennung; mit dem Abschied komme ich nur schwer klar.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

- 0 – trifft überhaupt nicht zu**  
**1 – trifft kaum zu**  
**2 – trifft etwas zu**  
**3 – trifft überwiegend zu**  
**4 – trifft genau zu**

27. Ich muss aufpassen, dass ich meinen Partner/ meine Partnerin mit meinen großen Wünschen nach Zuwendung nicht irritiere.	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. In der Beziehung zu meinem Partner/ meiner Partnerin erlebe ich öfters heftig wechselnde Gefühle: innige Nähe und Fremdheit, Vertrauen und starke Eifersucht.	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Eigentlich hänge ich mit meinen Gefühlen mehr an meinem Partner/ meiner Partnerin als mir selber lieb ist.	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Mir fällt es relativ leicht, mit meinem Partner/ meiner Partnerin über mich und meine Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse zu sprechen.	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **A.5 Social Adaptation Self-evaluation Scale** **(SASS: Bosc, Dubini & Polin, 1997; dt. Fassung:** **Stangier, 2003)**

Bei den folgenden Fragen sollen Sie ihre sozialen Aktivitäten beurteilen. Bitte beantworten Sie folgende Fragen so, wie Ihre Meinung momentan ist.

- 
- |                          |  |
|--------------------------|--|
| 1. Sind Sie berufstätig? | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
|--------------------------|--|
- 
- |   |  |
|---|--|
| 2. Wenn ja: interessiert Sie Ihr Beruf? | <input type="checkbox"/> sehr viel<br><input type="checkbox"/> mäßig<br><input type="checkbox"/> wenig<br><input type="checkbox"/> gar nicht |
|---|--|
- 
- |  |  |
|--|--|
| 3. Wenn nein: interessieren Sie Ihre häuslichen Tätigkeiten? | <input type="checkbox"/> sehr viel<br><input type="checkbox"/> mäßig<br><input type="checkbox"/> wenig<br><input type="checkbox"/> gar nicht |
|--|--|
- 
- |  |   |
|--|---|
| 4. Macht Ihnen Ihr Beruf bzw. Ihre häusliche Tätigkeit Freude? | <input type="checkbox"/> viel Freude<br><input type="checkbox"/> ziemliche Freude<br><input type="checkbox"/> nur wenig Freude<br><input type="checkbox"/> überhaupt keine Freude |
|--|---|
- 
- |  |  |
|--|--|
| 5. Haben Sie an Hobbys oder anderen Freizeitaktivitäten Interesse? | <input type="checkbox"/> sehr<br><input type="checkbox"/> mäßig<br><input type="checkbox"/> wenig<br><input type="checkbox"/> überhaupt kein |
|--|--|
- 
- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 6. Die Qualität Ihrer Freizeit ist? | <input type="checkbox"/> sehr gut<br><input type="checkbox"/> gut<br><input type="checkbox"/> mäßig<br><input type="checkbox"/> unbefriedigend |
|-------------------------------------|--|
- 
- |   |  |
|---|--|
| 7. Wie häufig sehen Sie Ihre Familienmitglieder (Ehegatte, Kinder, Eltern. etc.)? | <input type="checkbox"/> sehr häufig<br><input type="checkbox"/> häufig<br><input type="checkbox"/> selten<br><input type="checkbox"/> nie |
|---|--|
- 
- |   |  |
|---|--|
| 8. Wie ist das Verhältnis zu Ihrer Familie? | <input type="checkbox"/> sehr gut<br><input type="checkbox"/> gut<br><input type="checkbox"/> recht gut<br><input type="checkbox"/> unbefriedigend |
|---|--|

9. Zu wie vielen Menschen haben Sie außerhalb Ihrer Familie Beziehungen?

- ☐ zu vielen
- ☐ einigen
- ☐ wenigen
- ☐ niemanden

---

10. Suchen Sie Kontakt mit anderen Menschen?

- ☐ sehr aktiv
- ☐ aktiv
- ☐ mäßig aktiv
- ☐ gar nicht aktiv

---

11. Die Beziehung zu anderen Menschen ist im Allgemeinen?

- ☐ sehr gut
- ☐ gut
- ☐ recht gut
- ☐ unbefriedigend

---

12. Wie viel Wert legen Sie auf Beziehungen zu anderen?

- ☐ viel Wert
- ☐ einigen
- ☐ nur geringen Wert
- ☐ überhaupt keinen Wert

---

13. Wie oft suchen die Menschen, die zu Ihrem näheren sozialen Umkreis gehören, Ihre Gesellschaft?

- ☐ sehr oft
- ☐ oft
- ☐ selten
- ☐ nie

---

14. Halten Sie sich an gesellschaftliche Regeln, Umgangsformen, Höflichkeitsregeln etc. ?

- ☐ immer
- ☐ meistens
- ☐ selten
- ☐ nie

---

15. In welchem Ausmaß nehmen Sie am gesellschaftlichen Leben im Rahmen eines Vereins, einer Religionsgesellschaft etc. teil?

- ☐ intensiv
- ☐ mäßig
- ☐ sehr wenig
- ☐ überhaupt nicht

---

16. Sammeln Sie gerne Informationen über Dinge, Situationen und Leute, um Ihr Verständnis davon zu verbessern?

- ☐ sehr häufig
- ☐ häufig
- ☐ selten
- ☐ nie

17. Interessieren Sie sich für Informationen über  
Wissenschaft, Technik oder Kultur?

- ☐ sehr
- ☐ mäßig
- ☐ wenig
- ☐ gar nicht

---

18. Wie häufig erleben Sie Schwierigkeiten,  
anderen gegenüber Ihre persönliche Meinung  
zum Ausdruck zu bringen?

- ☐ nie
- ☐ manchmal
- ☐ häufig
- ☐ immer

---

19. Wie häufig fühlen Sie sich von Ihrem Umfeld  
abgelehnt oder ausgeschlossen?

- ☐ nie
- ☐ manchmal
- ☐ häufig
- ☐ immer

---

20. Wie wichtig ist Ihnen Ihr Aussehen?

- ☐ sehr
- ☐ mäßig
- ☐ wenig
- ☐ gar nicht

---

21. In welchem Maße haben Sie Schwierigkeiten,  
mit Ihren finanziellen Mitteln und  
Einkommen auszukommen?

- ☐ nie
- ☐ manchmal
- ☐ häufig
- ☐ immer

---

22. Fühlen Sie sich dazu in der Lage, Ihre Umgebung  
entsprechend Ihren Wünschen und  
Bedürfnissen einzurichten?

- ☐ sehr
- ☐ ziemlich
- ☐ kaum
- ☐ gar nicht

## A.6 Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK: Strauß & Appelt, 1996)

Im folgenden Teil geht es um Ihren Körper, d.h. wie Sie ihn wahrnehmen und empfinden, womit Sie zufrieden oder auch nicht zufrieden sind. Entscheiden Sie sich bitte, ob eine Aussage stimmt oder nicht stimmt. Manchmal wird es Ihnen schwer fallen einer Aussage zuzustimmen oder abzulehnen. Versuchen Sie bitte dennoch sich möglichst spontan auf das festzulegen, was Ihnen als Erstes in den Sinn kommt.

- |   |                                 |                                       |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Es ist mir unangenehm, wenn andere sehen, was in mir vorgeht.              | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 2. Ich nehme mir Zeit für Körperpflege.                                       | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 3. Ich kann mich auf meinen Körper verlassen.                                 | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 4. Ich bin mit meinen Geschlechtsmerkmalen zufrieden.                         | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 5. Ungewöhnliche Körperreaktionen machen mir schnell Angst.                   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 6. Wenn mich etwas beunruhigt, greift es stark auf meinen Körper über.        | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 7. Ich kenne die typischen Gesten vieler Bekannten.                           | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 8. Auf meine Körpersignale kann ich mich verlassen.                           | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 9. Viele Leute machen zuviel Aufhebens um Ihren Körper.                       | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 10. Ich neige dazu, meinen Körper zu verbergen.                               | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 11. Die äußere Erscheinung sagt viel über einen Menschen aus.                 | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 12. Die Vorstellung, andere sehen mich nackt, bereitet mir Unbehagen.         | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 13. Ich stoße oft irgendwo gegen.   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 14. An meiner Haltung und an meinem Gang kann man meine Stimmung gut ablesen. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |

- |  |                                 |                                       |
|--|---------------------------------|---------------------------------------|
| 15. Häufig entsprechen meine sexuellen Erlebnisse nicht meinen eigentlichen Bedürfnissen.      | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 16. Ich schaue häufig in den Spiegel.  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 17. Ich bin mit meinem Gewicht und meiner Größe zufrieden.                                     | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 18. Mein Äußeres hat mich schon daran gehindert, mit anderen Kontakt zu kommen.                | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 19. Ich reagiere stark auf die körperliche Ausstrahlung von anderen.                           | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 20. Ich wünsche mir einen anderen Körper.  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 21. Ich betrachte mich oft und gern.   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 22. Ich bin mit meinem Aussehen zufrieden.   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 23. Körperliche Belastungen verkrafte ich gut.   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 24. Ich lasse mich nicht gern berühren.  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 25. Es verunsichert mich, wenn irgendetwas an meinem Äußeren nicht so ist, wie es sein sollte. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 26. Ich zwingen mich oft dazu, ruhig zu werden.  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 27. Ich bin mit meiner Figur zufrieden.  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 28. Ich möchte genau wissen, was in meinem Körper vorgeht.                                     | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 29. In der Sexualität bin ich oft wie blockiert.   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 30. Wenn ich nicht gut aussehe, fühle ich mich unwohl.   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 31. Ich bin attraktiv.   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 32. Ich weiß oft nicht, wo ich mit den Händen hin soll.  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 33. Mein Körper macht oft, was er will.  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 34. Ich kann mir nur schwer vorstellen, dass andere mich anziehend finden.                     | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |



- |  |                                 |                                       |
|--|---------------------------------|---------------------------------------|
| 35. Manchmal habe ich Wut auf meinen Körper.   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| <hr/>  |                                 |                                       |
| 36. Ich berühre mich oft sehr liebevoll.   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| <hr/>  |                                 |                                       |
| 37. Ich mache mir Sorgen um meine Gesundheit.  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| <hr/>  |                                 |                                       |
| 38. Oft denke ich, ich könnte mich verletzen.  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| <hr/>  |                                 |                                       |
| 39. Duschen oder ein Bad ist für mich mehr<br>als eine Reinigungsmaßnahme.             | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| <hr/>  |                                 |                                       |
| 40. Ich wünsche mir oft, mehr zu empfinden.  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| <hr/>  |                                 |                                       |
| 41. Ich bin mit meinem Körper zufrieden.   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| <hr/>  |                                 |                                       |
| 42. Ich reagiere sensibel auf Körpergeruch.  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| <hr/>  |                                 |                                       |
| 43. Manchmal verspüre ich Ekel mir<br>selbst gegenüber.                                | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| <hr/>  |                                 |                                       |
| 44. Ich weiß, dass andere mich gern betrachten.  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| <hr/>  |                                 |                                       |
| 45. Ich kenne es, dass der Körper wie<br>abgestorben ist                               | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| <hr/>  |                                 |                                       |
| 46. Ich fühle mich in meinem Körper zuhause.   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| <hr/>  |                                 |                                       |
| 47. Wenn jemand etwas Negatives über mein<br>Aussehen sagt, trifft es mich sehr stark. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| <hr/>  |                                 |                                       |
| 48. Ich bin stolz auf meinen Körper.   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| <hr/>  |                                 |                                       |
| 49. Mein Aussehen ist mir wichtig.   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| <hr/>  |                                 |                                       |
| 50. Ich bin oft tollpatschig.  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| <hr/>  |                                 |                                       |
| 51. Ich achte darauf, dass mein Körper<br>bekommt, was er braucht.                     | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| <hr/>  |                                 |                                       |
| 52. Ich bin mit meinen sexuellen<br>Empfindungen zufrieden.                            | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |

## A.7 Veränderungsstadienskala (VSS: Heidenreich et al., 2001)

Die nächsten Fragen sollen uns helfen, das Behandlungsangebot in der Klinik oder Praxis durch eine psychologische Beratung zu verbessern. Jede Aussage beschreibt, wie eine Person sich fühlen könnte, wenn Sie Probleme in Ihrem Leben angehen oder eine psychologische Beratung beginnen möchte. Vielleicht werden Sie manchmal den Eindruck haben, dass eine Aussage nicht richtig passt. Geben Sie aber trotzdem immer an, mit welcher Sie am ehesten übereinstimmen bzw. wie stark Sie diese ablehnen. Bitte kreuzen Sie jeweils das an, was Sie genau jetzt empfinden, nicht was Sie zu einem früheren Zeitpunkt empfunden haben oder wie Sie sich gerne fühlen würden. Beziehen Sie sich für alle Aussagen auf das Problem, weshalb Sie die Klinik aufgesucht haben. Geben Sie bitte auch das Problem mit eigenen Worten an:

Problem: \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die am besten angibt, wie stark Sie der Aussage zustimmen oder wie stark Sie sie ablehnen. Für jede der Fragen des Fragebogens gibt es fünf mögliche Antworten:

- 1 - überhaupt nicht zutreffend**
- 2 - ein wenig zutreffend**
- 3 - ziemlich zutreffend**
- 4 - stark zutreffend**
- 5 - sehr stark zutreffend**

	überhaupt nicht zutreffend	ein wenig zutreffend	ziemlich zutreffend	stark zutreffend	sehr stark zutreffend
1. Ich habe persönlich keine Probleme die verändert werden müssten.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Ich denke, ich bin jetzt so weit, dass ich mich in einigen Bereichen zu verbessern.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. Ich bin dabei, etwas gegen die Probleme zu tun, die mich belasten.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Es könnte sich lohnen, an meinem Problem zu arbeiten.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Ich bin kein Problemfall; deshalb macht es keinen Sinn für mich, dass ich eine psychologische Beratung erhalte.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht zutreffend	ein wenig zutreffend	ziemlich zutreffend	stark zutreffend	sehr stark zutreffend
6. Ich mache mir Sorgen, ich könnte wieder in ein Problem geraten, das ich schon verändert habe, deshalb suche ich Hilfe durch eine psychologische Beratung.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. Endlich tue ich etwas gegen mein Problem.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. Ich habe schon daran gedacht, etwas an mir zu verändern.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. Ich habe mit Erfolg an meinem Problem gearbeitet, aber ich weiß nicht, ob ich alleine weiterhin durchhalten kann.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10. Manchmal ist mein Problem schwierig, aber ich arbeite daran.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11. Eine psychologische Beratung ist eine ziemliche Zeitverschwendung für mich, weil das Problem nichts mit mir zu tun hat.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13. Ich hoffe, mir wird geholfen, mich selbst besser zu verstehen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14. Ich vermute ich habe Schwächen, aber es gibt nichts, was ich wirklich verändern müsste.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15. Ich arbeite wirklich hart daran mich zu verändern	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16. Ich habe ein Problem, und ich denke wirklich, dass ich daran arbeiten sollte.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht zutreffend	ein wenig zutreffend	ziemlich zutreffend	stark zutreffend	sehr stark zutreffend
17 Das was ich schon · geändert habe, ist nicht so leicht beizubehalten, wie ich gehofft hatte, und ich suche eine psychologische Beratung, um einen Rückfall zu verhindern.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18 Auch wenn es mir nicht · immer gelingt mich zu verändern, so arbeite ich doch zumindest an meinen Problemen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
19 Ich dachte, wenn ich · mein Problem einmal gelöst habe, wäre ich es los, aber manchmal kämpfe ich immer noch damit.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
20 Ich wünschte, ich hätte · mehr Ideen, wie ich mein Problem lösen kann.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
21 Ich habe schon · angefangen, an meinem Problem zu arbeiten, aber ich hätte gerne Hilfe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
22 Vielleicht kann mir · durch eine psychologische Beratung geholfen werden.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
23 Vielleicht brauche ich · jetzt einen Schubs, um die Veränderungen aufrechtzuerhalten, die ich schon gemacht habe.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
24 Es könnte sein, dass · ich zu dem Problem etwas beigetragen habe, aber eigentlich glaube ich das nicht.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

		überhaupt nicht zutreffend	ein wenig zutreffend	ziemlich zutreffend	stark zutreffend	sehr stark zutreffend
25	Ich hoffe, dass ein · psychologischer Berater einen guten Rat für mich hat.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
26	Jeder kann darüber · reden, dass er sich verändern will; ich tue was dafür.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
27	Dieses ganze Gerede · über Psychologie ist langweilig. Die Leute sollten ihre Probleme einfach vergessen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
28	Ich suche eine · psychologische Beratung, um einen Rückfall vorzubeugen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
29	Es ist frustrierend, aber · ich fürchte, ein Problem, von dem ich dachte, dass ich es gelöst habe, könnte wieder auftauchen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
30	Jeder Mensch hat · Sorgen, deshalb sollte ich meine Zeit nicht damit verbringen, darüber nachzudenken.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
31	Ich arbeite aktiv an · meinem Problem.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
32	Ich würde lieber lernen, · mit meinen Fehlern umzugehen, als den Versuch zu machen, sie zu verändern.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
33	Nach allem was ich · unternommen habe, um mein Problem zu verändern, verfolgt es mich doch immer wieder.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

## A.8 Soziodemographische Daten

Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	
	<input type="checkbox"/> weiblich	
Alter	<input type="checkbox"/> 10-20	<input type="checkbox"/> 41-50
	<input type="checkbox"/> 21-30	<input type="checkbox"/> 51-60
	<input type="checkbox"/> 31-40	<input type="checkbox"/> älter als 60
Zusammenleben mit einem Partner/ einer Partnerin	<input type="checkbox"/> ja	
	<input type="checkbox"/> nein	
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet, mit Ehepartner/ in zusammenlebend	
	<input type="checkbox"/> verheiratet, von Ehepartner/in getrennt lebend	
	<input type="checkbox"/> geschieden	
	<input type="checkbox"/> verwitwet	
Höchster allgemein bildender Schulabschluss	<input type="checkbox"/> ohne Haupt - / Volksschulabschluss	
	<input type="checkbox"/> Haupt - / Volksschulabschluss	
	<input type="checkbox"/> Mittlere Reife / Realschulabschluss	
	<input type="checkbox"/> Hochschulreife / Abitur	
Höchste berufliche Ausbildung	<input type="checkbox"/> noch in beruflicher Ausbildung/Lehre	
	<input type="checkbox"/> keine berufliche Ausbildung	
	<input type="checkbox"/> Facharbeiter	
	<input type="checkbox"/> Meister	
	<input type="checkbox"/> Universitäts-, Hochschul-, Fachhochschulstudium	
	<input type="checkbox"/> anderer Abschluss, und zwar:	
Sind Sie...	<input type="checkbox"/> vollzeit-erwerbstätig	
(Bitte nur eine Antwort ankreuzen. )	<input type="checkbox"/> teilzeit-erwerbstätig (15-34 Std.)	
	<input type="checkbox"/> stundenweise erwerbstätig (weniger als 15 Std.)	
	<input type="checkbox"/> Wehr-/ Zivildienstleistender; Mutterschafts-/ Erziehungsurlaub	
	<input type="checkbox"/> zur Zeit arbeitslos	
	<input type="checkbox"/> Rentner/in, Pensionär/in, im Vorruhestand	
	<input type="checkbox"/> nicht berufstätig (z.B. Hausfrau/ -mann)	
	<input type="checkbox"/> in Berufsausbildung	
	<input type="checkbox"/> in Schulausbildung (einschließlich Universität, Hochschule)	

Ausgeübte Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_

## B Statistische Auswertungen

*Tabelle B.1: Berufsverteilung in der dermatologischen Gesamtstichprobe*

Beruf	n	%	Beruf	n	%
ACD-Käufer	1	0,24	Gärtnerin	3	0,73
Altenpflegehelferin	2	0,49	Gastronomie	2	0,49
Angestellte	11	2,68	Geschäftsführer/ Bauleiter	1	0,24
Anlagenbedienerin	1	0,24	Glasschmuckmacherin	1	0,24
Arbeiter	1	0,24	Glasveredlerin	1	0,24
Architekt	2	0,50	Goldschmied	1	0,24
Arzt	3	0,73	Großhandelskauffrau	1	0,24
Arzthelferin	6	1,46	Hausfrau	3	0,73
Aufzugsmonteur	1	0,24	Haushaltshilfe	1	0,24
Bahnarbeiter	2	0,50	Hausmeister	1	0,24
Bankkauffrau	3	0,73	Heilerziehungspfleger	2	0,49
Bauingenieur	2	0,50	Hotel u. Gaststätten	1	0,24
Baumarktleiter	1	0,24	Industriekauffrau	3	0,73
Baumaschinist/ Meister	1	0,24	Informatikerin	2	0,49
Bautechniker	1	0,24	Ingenieur	4	0,98
Bauzeichnerin	1	0,24	Innenarchitekt	1	0,24
Beamtin	1	0,24	Instandh.-mech.	1	0,24
Beraterin	1	0,24	IT-Techniker	1	0,24
Betreuer	1	0,24	Journalist, Texter, Manager	1	0,24
Betriebsleiterin	1	0,24	Karosseriebau-Facharbeiter	2	0,49
Buchhalterin	6	1,46	Karosseriebau-Facharbeiter	2	0,49
Bürokauffrau	6	1,46	Kassiererin	1	0,24
Callcenter-Agent	1	0,24	Kaufm. Angestellter	2	0,49
Chemie-Ing.	1	0,24	Kesselwärter	1	0,24
Dachdecker	1	0,24	Kfz- Mechaniker	1	0,24
Dipl. Psychologin	1	0,24	Kindergärtnerin	4	0,98
Dipl. Sozialpäd.	1	0,24	Klempner	1	0,24
Dipl.Ingenieur, Geschäftsführer	2	0,50	Köchin	2	0,49
Diplombibliothekar	1	0,24	Konfektionierer	1	0,24
Diplomgärtner	1	0,24	Konstrukteur, Patentingenieur	2	0,49
Drucker	1	0,24	Kosmetikerin	1	0,24
ehrenamtl. Tätigkeit im CWE	1	0,24	Kraftfahrer	3	0,73
Einzelhandelskauffrau	2	0,50	Krankenschwester	8	1,95
Elektriker	4	0,98	Kreditsachbearbeiter	1	0,24
Entwicklungsingenieur	1	0,24	Kundendienstbearbeiterin	1	0,24
Erzieherin	11	2,68	Landwirt	3	0,73
Fachbearbeiter OBI-Markt	4	0,98	Lehrer	24	5,85
Fachverkäufer Holz	1	0,24	Lehrling	1	0,24
Fahrradmonteur	1	0,24	Maler	1	0,24
Fallmanager	1	0,24	Maurer	3	0,73
Filialleiterin	1	0,24	Mechaniker	4	0,98
Finanzkauffrau	1	0,24	med. tech. Radiologieass.	1	0,24
Finanzverwalterin	1	0,24	Meister Maschinenbau	1	0,24
Fleischer	1	0,24	Montagearbeiter	1	0,24
Friseurin	4	0,98	MTLA	1	0,24

*Fortsetzung Tabelle B.1: Berufsverteilung in der dermatologischen Gesamtstichprobe*

Beruf	n	%
Musikwissenschaftler	1	0,24
Personal Trainer	1	0,24
Pferdewirt	1	0,24
Physiker	1	0,24
Physiotherapeutin	3	0,73
Polizeibeamter	2	0,49
Postfacharbeiterin	2	0,49
Produktionsvorbereitung	2	0,49
Promoter	1	0,24
Prüfingenieur	1	0,24
Rechtsanwaltsfachangestellte	2	0,50
Reinigungskraft	1	0,24
Rentner	7	1,71
Sachbearbeiter	4	0,98
Sachgebietsleiter	1	0,24
Schichtleiter	1	0,24
Schlosser	3	0,73
Schneidermeisterin	1	0,24
Stanzerei/Metallverarbeitung	1	0,24
Steinmetz	1	0,24

Beruf	n	%
Student	9	2,20
Technische Assistentin	1	0,24
Technologin	1	0,24
Tierwirtin	1	0,24
Tischler	4	0,98
Trainer	1	0,24
Uhrmachermeister	1	0,24
Verkäuferin	6	1,47
Verputzer	1	0,24
Versandleiter	1	0,24
Versicherungsfachmann	2	0,49
Verwaltungsangestellte	2	0,49
VSt.-Leiterin	1	0,24
Wachschutz	1	0,24
Wäschereiaushilfe	1	0,24
Wirtschaftskaufmann	1	0,24
Zahnärzthelferin	6	1,46
Zierpflanzenbauer	1	0,24
Zuspannungsmechaniker	1	0,24
fehlend	111	27,2

Tabelle B.2: Signifikanztest für den Vergleich der Bindungsrepräsentationen (stationär vs. ambulant)

Probanden \ Bindung	Hautklinik Erfurt stationär % (n)	Hautklinik Erfurt ambulant % (n)	Chi- Quadrat- Test p
Vermeidend-verschlossen	22,3 (39)	25,9 (23)	> 0.05
Bedingt sicher	20,0 (35)	23,6 (21)	> 0.05
Sicher	33,7 (59)	24,7 (22)	> 0.05
Ambivalent-anklammernd	16,6 (29)	16,8 (15)	> 0.05
Ambivalent-verschlossen	7,4 (13)	9,0 (8)	> 0.05
Fehlend	17	9	

Tabelle B.3: Signifikanztest für den Vergleich der Bindungsrepräsentationen (stationär vs. Praxis)

Probanden \ Bindung	Hautklinik Erfurt stationär % (n)	Hautarztpraxis Chemnitz % (n)	Chi- Quadrat- Test p
Vermeidend-verschlossen	22,3 (39)	30,6 (34)	> 0.05
Bedingt sicher	20,0 (35)	19,8 (22)	> 0.05
Sicher	33,7 (59)	22,6 (25)	< 0.05
Ambivalent-anklammernd	16,6 (29)	13,5 (15)	> 0.05
Ambivalent-verschlossen	7,4 (13)	13,5 (15)	> 0.05
Fehlend	17	8	

Tabelle B.4: Signifikanztest für den Vergleich der Bindungsrepräsentationen (ambulant vs. Praxis)



<b>Probanden</b> <b>Bindung</b>	<b>Hautklinik Erfurt ambulant % (n)</b>	<b>Hautarztpraxis Chemnitz % (n)</b>	<b>Chi- Quadrat- Test p</b>
<b>Vermeidend-verschlossen</b>	25,9 (23)	30,6 (34)	> 0.05
<b>Bedingt sicher</b>	23,6 (21)	19,8 (22)	> 0.05
<b>Sicher</b>	24,7 (22)	22,6 (25)	> 0.05
<b>Ambivalent-anklammernd</b>	16,8 (15)	13,5 (15)	> 0.05
<b>Ambivalent-verschlossen</b>	9,0 (8)	13,5 (15)	> 0.05
<b>Fehlend</b>	9	8	

*Tabelle B.5: Signifikanztest für den Vergleich der Bindungsrepräsentationen (subklinische KDS vs. ohne KDS)*

<b>Probanden</b> <b>Bindung</b>	<b>Subklinische körperdysmorphe Symptome % (n)</b>	<b>Hauterkrankung ohne klin. relevante Beeinträchtigung % (n)</b>	<b>Chi- Quadrat- Test p</b>
<b>Vermeidend-verschlossen</b>	31,6 (6)	23,7 (80)	> 0.05
<b>Bedingt sicher</b>	5,3 (1)	22,2 (75)	> 0.05
<b>Sicher</b>	26,3 (5)	29,2 (99)	> 0.05
<b>Ambivalent-anklammernd</b>	15,8 (3)	16,3 (55)	> 0.05
<b>Ambivalent-verschlossen</b>	21,1 (4)	8,6 (29)	> 0.05
<b>Fehlend</b>	2	30	

*Tabelle B.6: Signifikanztest für den Vergleich der Bindungsrepräsentationen (klinische KDS vs. ohne KDS)*

<b>Probanden</b> <b>Bindung</b>	<b>Klinisch relevante körperdysmorphe Symptome % (n)</b>	<b>Hauterkrankung ohne klin. relevante Beeinträchtigung % (n)</b>	<b>Chi- Quadrat- Test p</b>
<b>Vermeidend-verschlossen</b>	58,3 (7)	23,7 (80)	< 0.01
<b>Bedingt sicher</b>	8,3 (1)	22,2 (75)	>0.05
<b>Sicher</b>	8,3 (1)	29,2 (99)	> 0.05
<b>Ambivalent-anklammernd</b>	0,0 (0)	16,3 (55)	> 0.05
<b>Ambivalent-verschlossen</b>	25,0 (3)	8,6 (29)	< 0.05
<b>Fehlend</b>	1	30	

*Tabelle B.7: Signifikanztest für den Vergleich der Bindungsrepräsentationen (klinische KDS vs.*

*subklinische KDS)*

<b>Bindung \ Probanden</b>	<b>Klinisch relevante körperdysmorphie Symptome % (n)</b>	<b>Subklinische körperdysmorphie Symptome % (n)</b>	<b>Chi- Quadrat- Test p</b>
<b>Vermeidend-verschlossen</b>	58,3 (7)	31,6 (6)	> 0.05
<b>Bedingt sicher</b>	8,3 (1)	5,3 (1)	> 0.05
<b>Sicher</b>	8,3 (1)	26,3 (5)	> 0.05
<b>Ambivalent-anklammernd</b>	0,0 (0)	15,8 (3)	> 0.05
<b>Ambivalent-verschlossen</b>	25,0 (3)	21,1 (4)	> 0.05
<b>Fehlend</b>	1	2	

**Lebenslauf**

Name, Vorname: KLEINSCHMIDT, CAROLIN ANNE

Geburtsdatum: 21.05.1982

Geburtsort: Karl-Marx-Stadt, Sachsen

Mutter: Dr.med. Anette Kleinschmidt (Kinderärztin)

Vater: Dr. med. Eckhard Kleinschmidt (Radiologe)

Familienstand: ledig

1988 – 1991: Geschwister-Scholl-Oberschule in Limbach-Oberfrohna

1991 – 1992: Oberschule „Am Wasserturm“ in Limbach-Oberfrohna

1992 – 1998: Gymnasium „Albert-Schweitzer“ in Limbach-Oberfrohna

1998 – 1999: South Lyon High School in South Lyon, Michigan, USA  
Abschluss: High School Diploma

1999 – 2001: Gymnasium „Albert-Schweitzer“ in Limbach-Oberfrohna  
Abschluss: Abitur mit der Gesamtnote gut (1,9)

2001 – 2006: Studium der Humanmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität Jena

2006 – 2007: Praktisches Jahr in Saalfeld

Dez. 2007: Hochschulabschluss: Staatsexamen mit dem Prädikat „gut“  
Approbation als Ärztin

seit Feb. 2008: Assistenzärztin in der Radiologie der Thüringen Klinik Saalfeld

## Danksagung

Ich möchte mich bei allen Personen bedanken, die mir bei der Entstehung dieser Arbeit zur Seite standen.

An erster Stelle möchte ich mich bei meinem Betreuer und Erstgutachter Prof. Dr. Bernhard Strauß bedanken, der die Arbeit durch seine konstruktiven Vorschläge zu einem erfolgreichen Abschluss führte.

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Dipl.-Psych. Barbara Schwark, die mich während der Vorbereitung und Durchführung dieser Arbeit stets unterstützte und mir auch bei schwierigen Fragestellungen hilfreich zur Seite stand.

Bedanken möchte ich mich weiterhin bei Frau Dipl. med. Hirsch aus der Hautarztpraxis in Chemnitz und bei Frau Prof. Dr. Linse, der ehemaligen Chefin der dermatologischen Klinik in Erfurt, ohne deren Hilfe diese Untersuchung nicht hätte durchgeführt werden können.

Mein Dank gilt ebenso allen Probanden, die sich an dieser Untersuchung beteiligt haben.

Nicht zuletzt soll auch großer Dank meiner Familie, insbesondere meinen Eltern, Großeltern und meinem Verlobten Alexander zukommen, die über die ganze Zeit geduldige Zuhörer, Motivatoren und Ratgeber gewesen sind, und alle auf ihre Weise zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Meinen Eltern danke ich ganz besonders für die jahrelange liebevolle Unterstützung, ihre Kraft und den Rückhalt während meiner gesamten Ausbildung.

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der kritischen Durchsicht des Manuskriptes unterstützt haben:

Herr Prof. Dr. Strauß,

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und

dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Verfassers